Warszawa, dnia 17 marca 2026 r.

Poz. 19

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 17 marca 2026 r.

w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych[2)]

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253) ustala się na dzień 1 kwietnia 2026 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

[2)] Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją od dnia 1 stycznia 2023 r., od dnia 1 marca 2023 r., od dnia 1 maja 2023 r., od dnia 1 lipca 2023 r., od dnia 1 września 2023 r., od dnia 1 listopada 2023 r., od dnia 1 stycznia 2024 r., od dnia 1 kwietnia 2024 r., od dnia 1 lipca 2024 r., od dnia 1 października 2024 r., od dnia 1 stycznia 2025 r., od dnia 1 kwietnia 2025 r., od dnia 1 lipca 2025 r., od dnia 1 października 2025 r. oraz od dnia 1 stycznia 2026 r. na okres obowiązywania decyzji o objęciu refundacją tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2026-03-17 (poz. 19)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2026-04-01

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

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

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,30	35,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,75
48	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,51	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
49	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	105,78	105,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
50	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	109,22	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
51	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
52	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,64	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
53	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
54	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	109,90	124,85	124,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
55	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
56	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2026-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	39,90	43,09	45,67	55,52	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,78
57	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
58	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzywiwacz	08435588301010	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
59	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzywiwacz	08435588301027	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
60	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,00	49,68	52,66	63,27	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,97
61	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,30	52,16	55,30	66,28	66,28	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,88
62	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	51,52	62,13	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,83
63	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,60	49,25	52,21	62,82	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,52
64	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	56 szt.	05995327174969	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	89,60	96,77	102,58	117,19	117,19	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,16
65	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,70	49,36	52,32	62,93	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,63
66	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	2025-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,54	409,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
67	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	26,82	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,34
68	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	20,52	20,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
69	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	9,68	12,35	8,58	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
70	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,30	24,08	25,53	31,74	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
71	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991560614	2026-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,98	6,46	7,00	9,86	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,67
72	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991560621	2026-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,78	11,64	12,34	16,88	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
73	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,62	6,07	6,61	9,47	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,95
74	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,17	10,98	11,64	16,18	16,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
75	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	11,67	16,56	16,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
76	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	6,05	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
77	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	35,04	44,61	44,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
78	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	10,51	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
79	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	2025-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
104	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,41	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,32
105	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,24	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,87
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,57	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	8,62
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,80	90,50	95,94	110,19	110,19	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
109	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,55	93,47	99,08	113,33	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,24
110	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
111	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,31	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,89
112	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	9,07	13,81	13,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,14
113	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	5,62	8,37	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,51
114	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,70	9,40	9,96	14,70	14,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
115	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	17,86	25,25	25,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,58
116	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,35	4,70	5,24	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
117	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	8,96	13,70	13,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,11
118	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	16,07	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,34
119	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	6,05	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,38
120	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
121	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
122	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	7,17	11,91	11,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,57
123	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	4,27	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,11
124	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
125	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,75	2,97	3,51	6,26	6,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
126	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,80	9,50	10,08	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
127	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,80	9,50	10,08	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
128	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,23	12,13	12,85	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,28
130	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	6,07	6,61	9,36	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,84
131	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	15,71	20,45	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,66
132	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	11,20	13,95	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,69
133	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	15,04	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,51
134	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	4,64	6,24	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,98
135	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	5,40	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,45
136	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,77	13,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
137	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,50	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,25
138	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
139	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
140	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,55	15,71	16,65	23,03	23,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,91
141	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,96	9,68	10,26	15,00	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,50
142	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,48	4,84	5,38	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,44
143	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
144	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
145	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	8,75	9,29	12,55	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,03
146	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
147	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
148	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
149	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	9,45	12,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,19
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	18,90	20,03	25,49	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,44
152	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
153	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
154	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	18,90	20,03	25,49	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,44
155	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
159	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
160	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
161	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
162	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
163	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	30,76	38,82	38,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
164	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	20,20	26,26	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,55
165	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
166	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
167	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	14,61	19,80	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,92
168	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
169	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
170	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Peniciliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	12,27	16,71	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,69
171	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Peniciliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	10,61	16,04	16,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
172	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.2, Peniciliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	14,48	14,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
173	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Peniciliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
174	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Peniciliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,03	14,07	14,91	20,34	20,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
175	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Peniciliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	17,56	23,62	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,53
176	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Peniciliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	26,74	34,80	34,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
177	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	88.1, Peniciliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	17,59	18,65	25,08	25,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Peniciliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,68	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	24,11
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Peniciliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	10,02	12,59	7,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,70
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Peniciliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,16	19,61	20,79	25,28	15,57	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,76	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,30
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,89	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,45
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,89	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,45
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	26,24	27,82	34,82	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,01
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	33,59	35,61	44,13	42,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,98
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,24	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,90
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	36,89	33,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,21
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,41	29,60	31,37	38,80	34,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,77
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	16,69	21,93	19,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,63
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,95	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,61
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,40	23,11	24,49	31,84	31,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,92
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	33,05	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,48
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	12,98	17,47	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,69
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,02	12,98	13,76	18,59	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,13
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,04	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,23
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,37
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	26,02	33,37	33,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,69
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,46	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,12
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	19,97	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	34,96	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,15
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,31	42,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,16
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	20,81	22,47	23,82	31,17	31,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,59
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,90	13,93	14,76	19,46	16,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,12
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,90	12,85	13,62	18,45	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,99
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,33	27,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,67
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,43
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,04	29,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,52
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	27,21	27,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,61
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,86	36,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,43
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,04	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,52	28,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,26
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,05	41,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,53
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,68	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,70
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,23	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,61
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	14,08	7,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,17
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	24,03	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,01
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,27	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,42
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,08	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,74
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,78	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	27,51
221	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
222	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,45	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,89
223	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	42,65	46,06	48,83	58,63	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	10,07
224	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991529468	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,14	36,87	39,09	49,20	49,20	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
225	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,90	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,34
226	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,09	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	12,53
227	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,50	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,15
228	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,00	47,52	50,37	60,17	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,61
229	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05900411013871	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,00	16,20	17,17	21,17	12,18	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; Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	12,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
230	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05900411013895	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	54,13	58,46	61,97	73,13	68,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	25,38
231	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	72,69	12,18	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	64,16
232	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	200,00	216,00	228,96	240,12	68,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	192,37
233	Apixabanum	Embavi, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05995327201238	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,00	16,20	17,17	21,17	12,18	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	12,64
234	Apixabanum	Embavi, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05995327201306	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	19,33	20,88	22,13	28,64	24,36	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	11,59
235	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 2.5 mg	60 szt.	05909991457136	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<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; Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej; <2>Zapobieganie udarom mózgu i zatorowości systemowej u dorosłych pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka, takim jak przebyty udar mózgu lub przemijający napad niedokrwienny; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	24,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
236	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991457198	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	58,00	62,64	66,40	77,96	73,09	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej; <2>Zapobieganie udarom mózgu i zatorowości systemowej u dorosłych pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka, takim jak przebyty udar mózgu lub przemijający napad niedokrwienny; wiek ≥75 lat; nadciśnienie tętnicze; cukrzyca; objawowa niewydolność serca (klasa wg NYHA ≥II);		30%	24,12
237	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
238	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	62,96	75,28	75,28	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
239	Aprepitantum	Aprepitant Viatris, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
240	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,81	109,95	116,55	131,80	131,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,95	64,75	68,63	82,43	82,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	62,80	67,82	71,90	85,70	85,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

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

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
283	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	25,34	27,37	29,01	36,81	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,75
284	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,69	54,75	58,03	69,28	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,73
285	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,00	84,24	89,29	103,40	103,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
286	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991263799	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	42,93	46,36	49,15	60,40	60,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
287	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991263805	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	85,87	92,74	98,30	113,55	113,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
288	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	73,72	87,52	87,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
289	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991263935	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	257,60	278,21	294,90	317,53	317,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
290	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,38	66,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
291	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,32	104,03	110,27	125,52	125,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
292	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,24	78,02	82,70	96,50	96,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
293	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	144,48	156,04	165,40	183,24	183,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
294	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	24,08	26,01	27,56	35,36	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,94
295	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,38	66,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
296	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,00	85,32	90,44	104,24	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,59
297	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	240,00	259,20	274,75	297,38	297,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
298	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	55,00	59,40	62,96	74,21	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
299	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	54,00	58,32	61,82	73,49	72,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,65
300	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	110,00	118,80	125,93	141,18	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,69
301	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	116,64	123,64	139,31	139,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,27
302	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,50	89,10	94,45	108,25	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,60
303	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	165,00	178,20	188,89	206,73	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,00
304	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	159,96	172,76	183,12	200,96	200,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
305	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,66	28,79	30,52	38,32	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,90
306	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,46	54,50	57,77	69,02	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
307	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,69	81,75	86,65	100,45	100,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
308	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,00	113,40	120,20	135,45	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,96
309	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,75	85,05	90,16	103,96	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,31
310	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	157,50	170,10	180,31	198,15	198,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
311	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	315,00	340,20	360,61	383,24	383,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
312	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,13	51,98	55,10	66,35	66,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
313	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,19	77,97	82,64	96,44	96,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
314	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	153,00	165,24	175,15	192,99	192,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
315	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	25,50	27,54	29,19	36,99	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,57
316	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	67,12	67,12	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
317	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	103,16	103,16	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
318	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,47	23,19	24,58	31,72	31,72	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
319	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	54,24	54,24	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
320	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,10	59,51	63,08	74,68	74,68	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
321	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	51,95	56,11	59,48	71,51	71,51	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
322	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,44	95,52	101,25	115,62	115,62	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
323	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	91,58	106,30	106,30	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
324	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,53	23,25	24,65	31,79	31,72	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,27
325	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	54,24	54,24	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
326	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	53,82	58,13	61,61	73,21	73,21	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
327	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	86,11	93,00	98,58	112,95	112,95	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
328	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	7,58	8,12	9,72	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,76
329	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,15	14,20	15,06	17,80	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,88
330	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,85	25,76	27,30	32,02	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,18

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
336	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,28	14,34	15,21	19,10	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,22
337	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,00	27,00	28,62	34,98	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,22
338	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,20	20,74	21,98	26,70	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,86
339	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,71	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,03
340	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	52,72	56,94	60,35	69,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	34,17

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,38	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,98	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,06
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,39	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,61
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,07

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
366	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,68	28,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,60
367	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	21,52	28,90	28,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,67
368	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,33	2,52	3,06	4,66	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,70
369	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
370	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
371	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,91	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,26
372	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,21	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,96
373	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,26
374	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,34	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,29
375	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991562700	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,32	2,51	3,05	4,65	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
376	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991562717	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
377	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	9,45	10,02	14,53	14,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,36
378	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991562724	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
379	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,44	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,98
380	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,97

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

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

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

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

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

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
428	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	18,05	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,73
429	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	29,71	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,95
430	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	18,84	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,17
431	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	16,91	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,98
432	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	29,77	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,90
433	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,50	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,69
434	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	45,22	52,33	29,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	37,57
435	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,40	17,71	18,77	22,08	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,76
436	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,75	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,43
437	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,73	14,83	15,71	19,02	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,70
438	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	10,86	14,17	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
439	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	17,66	22,36	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,49
440	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990073573	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	20,95	27,27	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,46
441	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	26,21	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,80
442	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	16,82	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,35
443	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,75	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,49
444	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	16,91	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,98
445	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	22,49	5,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,83
446	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	23,69	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,37
447	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	23,69	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,37
448	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	29,77	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,90
449	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	42,38	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
450	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,30	118,04	125,13	140,84	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
451	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 172+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153018032	2026-01-01	1 rok 6 miesięcy	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów dorosłych z niewystarczającą kontrolą objawów astmy po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i dużych dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	103,54
452	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2023-09-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	250,75	270,81	287,06	308,00	308,00	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,40
453	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, proszek do inhalacji, 88+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153017981	2026-01-01	1 rok 6 miesięcy	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta-2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta-2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54
454	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,83	78,66	83,38	97,00	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
455	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,25	117,99	125,07	140,78	140,78	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
456	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,83	78,66	83,38	97,00	93,89	Astma		ryczałt	6,31
457	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,25	117,99	125,07	140,78	140,78	Astma		ryczałt	4,80
458	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	89,18	89,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
459	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,30	118,04	125,13	140,84	140,84	Astma		ryczałt	4,80
460	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	122,90	132,73	140,69	156,40	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,36
461	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	122,40	132,19	140,12	155,83	140,84	Astma		ryczałt	19,79
462	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2025-10-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	123,50	133,38	141,38	157,09	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	58,50
463	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2025-10-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	247,00	266,76	282,77	302,70	281,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	105,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
464	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	42,42	45,81	48,57	57,21	46,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	13,57
465	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2026-01-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,20	19,66	20,83	27,48	27,48	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,74
466	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2026-01-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	10,30	11,12	11,79	15,90	13,98	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	8,91
467	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampułek po 1 ml	05909990121625	2025-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21
468	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,60	20,09	21,30	27,95	27,95	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,98
469	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	2025-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	Jaskra		30%	3,63
470	Bilastinum	Bellix, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991496630	2025-07-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	8,69	9,23	13,12	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,41
471	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,93	35,48	Jaskra		ryczałt	11,65
472	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,20	101,74	107,84	121,94	106,43	Jaskra		ryczałt	24,47
473	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,05	35,48	Jaskra		ryczałt	7,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
474	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,98	106,43	Jaskra		ryczałt	12,51
475	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,11	28,20	29,89	37,99	35,48	Jaskra		ryczałt	5,71
476	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	31,73	39,83	35,48	Jaskra		ryczałt	7,55
477	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	95,20	109,30	106,43	Jaskra		ryczałt	11,83
478	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,81	32,19	34,13	42,23	35,48	Jaskra		ryczałt	9,95
479	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,55	96,71	102,51	116,61	106,43	Jaskra		ryczałt	19,14
480	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,30	35,48	Jaskra		ryczałt	10,02
481	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,76	106,43	Jaskra		ryczałt	19,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
482	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	42,10	35,48	Jaskra		ryczałt	9,82
483	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2025-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,90	9,61	10,18	14,18	14,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
484	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2025-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,25	12,15	12,88	17,38	17,02	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,47
485	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	20,89	20,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
486	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
487	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	23,93	23,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
488	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,39	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	8,64
489	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	12,64	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
490	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,31	18,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,32
491	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,13	11,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
492	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	6,07	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
493	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,94	11,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
494	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,33	4,68	5,22	7,29	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
495	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	6,74	7,28	10,96	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
496	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,60	14,69	15,57	21,64	21,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
497	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,54	3,82	4,36	6,43	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
498	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	7,34	7,88	11,56	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
499	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,39	6,90	7,44	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
500	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,19	3,45	3,99	6,06	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
501	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
502	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,08	18,45	19,55	25,62	25,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
503	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,27	4,61	5,15	7,22	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
504	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
505	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	193,80	209,30	221,86	241,01	241,01	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
506	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	193,80	209,30	221,86	241,01	241,01	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
507	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	193,80	209,30	221,86	241,01	241,01	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
508	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2026-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brekspiprazol	193,80	209,30	221,86	241,01	241,01	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
509	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,57	26,57	Jaskra		ryczałt	3,20
510	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2026-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,99	21,59	22,89	29,36	26,59	Jaskra		ryczałt	5,97
511	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,00	49,68	52,66	64,15	64,15	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
512	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	17,43	23,90	23,90	Jaskra		ryczałt	3,20
513	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	52,32	63,81	63,81	Jaskra		ryczałt	8,00
514	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641	2026-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,90	22,57	23,92	30,39	26,59	Jaskra		ryczałt	7,00
515	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	24,61	31,08	26,59	Jaskra		ryczałt	7,69
516	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,88	24,71	26,19	32,66	26,59	Jaskra		ryczałt	9,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
517	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	26,59	Jaskra		ryczałt	7,12
518	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,66	79,66	Jaskra		ryczałt	8,00
519	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	258,74	279,44	296,20	317,40	317,40	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
520	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	241,49	260,81	276,46	297,11	297,11	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
521	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2025-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	13,96	18,90	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
522	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
523	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
524	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,86	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
525	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,86	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
526	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
527	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
528	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
529	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
530	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
531	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
532	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,93
533	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	35,42
534	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
535	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	45,32
536	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,19
537	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	33,25
538	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
539	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
540	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,17
541	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	15,99
542	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	44,61
543	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	54,28
544	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
545	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
546	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
547	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	32,97
548	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
549	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
550	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
551	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
552	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,11	407,11	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, 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
553	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	2025-10-01	3 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,11	407,11	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,13
554	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	349,16	371,81	371,81	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
555	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2024-10-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1743,91	1796,64	1796,64	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofilii w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
556	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	2026-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
557	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	2026-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
558	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
559	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
560	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
561	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
562	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
563	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
564	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
565	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
566	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
567	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,26
568	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
569	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
570	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
571	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
572	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
573	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,30
574	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
575	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
576	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
577	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
578	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	44,00	47,52	50,37	59,99	46,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,24
579	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	84,00	90,72	96,16	109,78	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,09
580	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,00	91,80	97,31	110,93	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
581	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,95	107,95	114,43	128,05	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,36
582	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	87,12	94,09	99,74	113,36	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,67
583	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971	2025-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	105,00	113,40	120,20	134,19	108,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,33
584	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	94,00	101,52	107,61	121,23	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,54
585	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,23	92,05	97,57	111,19	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,50
586	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	41,99	45,35	48,07	57,69	46,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,94
587	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	83,99	90,71	96,15	109,77	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,08
588	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	84,99	91,79	97,30	110,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,23
589	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	114,50	128,12	93,89	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
590	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,53	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,84
591	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,53	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,84
592	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,34	59,77	63,35	73,34	54,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,51
593	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
594	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
595	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
596	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
597	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	55,85	44,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,60
598	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	55,85	44,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,40
599	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	81,19	66,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,72
600	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	81,19	66,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	14,52
601	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	106,46	88,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
602	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	106,46	88,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	17,57
603	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,16	47,69	50,55	61,06	59,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,00
604	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,16	47,69	50,55	61,06	59,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
605	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
606	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
607	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,33	95,40	101,12	115,63	115,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
608	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	88,33	95,40	101,12	115,63	115,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
609	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,83	59,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,77
610	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,83	59,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
611	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
612	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,89	88,89	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
613	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,68	114,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
614	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2026-04-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,68	114,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
615	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,91
616	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	14,00	15,12	16,03	21,06	18,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,33
617	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2026-01-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
618	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,68	40,69	43,14	52,90	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,87
619	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01
620	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,94	52,86	56,03	65,79	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,76
621	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,88	105,71	112,05	125,81	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,75
622	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	43,74	47,24	50,07	59,83	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,80
623	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	42,88	52,64	52,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,79
624	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	74,90	80,89	85,74	99,50	99,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,85
625	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	134,38	145,13	153,84	167,60	105,80	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,54
626	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
627	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,50	94,50	100,17	113,93	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,87
628	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.25 µg	90 szt.	05907464420816	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	35,50	38,34	40,64	50,15	47,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,97
629	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.5 µg	90 szt.	05907464420823	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	71,00	76,68	81,28	94,79	94,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,44
630	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2026-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,35	135,38	143,50	155,13	73,45	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	103,72
631	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,75	14,85	15,75	21,21	21,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,36
632	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
633	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
634	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
635	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
636	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,14
637	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
638	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
639	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
640	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,47	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,37
641	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,90	31,21	33,08	41,69	41,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
642	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,50	42,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,75
643	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
644	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,40
645	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	22,23	22,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,67
646	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,80	31,10	32,97	41,58	41,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
647	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	8,32	11,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,72
648	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,56
649	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,82
650	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,67	21,24	22,52	27,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,93
651	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,40	31,75	33,65	42,26	42,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
652	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,40	31,75	33,65	42,26	42,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
653	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	10,62	11,25	14,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
654	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
655	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
656	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
657	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
658	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,35
659	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
660	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22
661	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
662	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22
663	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41
664	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
665	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41
666	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44
667	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29
668	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29
669	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	8,97	12,23	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,71
670	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	17,29	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,91
671	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54
672	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54
673	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,60	20,09	21,30	26,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
674	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,14
675	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,30	10,04	10,65	13,91	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,39
676	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,40
677	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,27
678	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	29,16	30,91	39,17	39,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,75
679	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
680	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
681	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	39,61	48,22	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,97
682	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
683	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	35,95	44,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,11
684	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
685	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,91	38,78	41,10	49,36	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,26
686	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,91	38,78	41,10	49,36	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,26
687	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,96	19,40	20,56	26,02	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,97
688	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	26,89	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
689	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71
690	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71
691	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,04
692	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	18,20	23,66	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,61
693	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
694	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
695	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,58	21,15	22,41	27,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
696	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
697	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,80	60,26	63,88	74,14	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,99
698	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
699	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
700	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	13,74	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,22
701	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,58	21,15	22,41	27,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
702	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	39,00	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,43
703	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,61
704	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
721	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,46
722	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,26
723	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,90
724	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,70
725	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909991337056	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
726	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
727	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909991337230	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
728	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,03	7,59	8,13	9,66	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,59
729	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,45	10,21	10,82	13,43	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,29
730	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,72	6,18	6,72	7,71	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
731	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,48	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,57
732	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,19	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
733	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
734	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990727148	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,45	8,05	8,59	10,12	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,05
735	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	11,33	13,94	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
736	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990727100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,70	6,16	6,70	7,69	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,16
737	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,49	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
738	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,20	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
739	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	7,75	8,47	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,93
740	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
741	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,12	6,61	7,15	8,14	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
742	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	10,82	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
743	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	14,06	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,92
744	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,29	8,01	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,24
745	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990687909	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,68	9,37	9,94	11,47	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,40
746	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt.	05909990687930	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,36	18,75	19,87	22,48	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,34
747	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,98	11,86	12,57	15,18	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,04
748	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,96	23,72	25,14	29,67	17,54	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,39
749	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990687886	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,02	8,01	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
750	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt.	05909990687893	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	13,74	15,27	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,20
751	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,76	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,41
752	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	21,14	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,38
753	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	47,67	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,97
754	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	40,36	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,84
755	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	59,63	59,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,82
756	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,00	38,88	41,21	50,23	46,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,94
757	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	20,36	24,60	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
758	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	27,13	32,30	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,14
759	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,15	35,80	37,95	44,53	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,71
760	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	40,64	47,44	27,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
761	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	13,90	18,83	18,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
762	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	4,75	6,01	3,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,00
763	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	6,78	8,85	6,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
764	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	7,67	10,55	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,26
765	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	25,75	30,92	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,58
766	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	32,96	39,54	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,05
767	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	34,85	42,76	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,00
768	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	43,26	52,88	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,52
769	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	14,66	19,83	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
770	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,07	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
771	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	27,71	35,62	35,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
772	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	40,82	50,44	50,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,22
773	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	26,20	34,11	34,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,06
774	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,31	46,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,16
775	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
776	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	15,31	20,89	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,54
777	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,39	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,23
778	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	26,16	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
779	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,47	34,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,24
780	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	57,20	69,25	69,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,63
781	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
782	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991263386	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	25,70	33,61	33,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
783	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991263409	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	40,76	50,38	50,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
784	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	64,06	64,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,03
785	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,39	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,57
786	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	30,79	38,70	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,38
787	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2024-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	39,84	49,46	49,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,73
788	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	20,05	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,89
789	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,41	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
790	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,67	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,35
791	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
792	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	52,22	52,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,11
793	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	42,13	52,34	52,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
794	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,35	19,82	21,01	28,03	28,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,02
795	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	21,06	28,08	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,04
796	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,16	9,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
797	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,80	28,94	30,68	39,08	39,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,54
798	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,40	14,47	15,34	20,92	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,57
799	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,45	16,69	17,69	22,86	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,70
800	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	28,83	31,14	33,00	41,40	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,70
801	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,20	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,10
802	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,41
803	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
804	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
805	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	40,19	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,87
806	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	36,51	46,13	46,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,07
807	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	36,81	46,43	46,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,22
808	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
809	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,91	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,75
810	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,85	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,53
811	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,83	48,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,42
812	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
813	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
814	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
815	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
816	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
817	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,76	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,56
818	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,52	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,23
819	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,34	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,97
820	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,33	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,96
821	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	7,33	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,88
822	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	18,27	18,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
823	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	26,91	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,53
824	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,38	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,57
825	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	8,83	11,44	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,53
826	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,33	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,62
827	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	12,47	18,03	18,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,41
828	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,40	12,31	13,05	18,61	18,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58
829	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	90,89	104,52	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	55,92
830	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2026-01-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	91,09	91,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
831	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
832	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,01
833	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	2,88
834	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
835	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,54
836	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,22
837	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,46
838	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
839	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol i kalcyfediol	6,00	6,48	7,02	9,93	9,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	2,88
840	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	114,00	123,12	130,51	144,85	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	50,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
841	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	72,75	78,57	83,29	93,63	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	46,48
842	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	85,50	92,34	97,88	112,22	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,92
843	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	171,00	184,68	195,76	214,19	214,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,60
844	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
845	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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	3,85
846	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
847	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
848	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,00	267,84	283,91	304,78	304,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
849	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	284,48	305,35	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
850	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	293,64	314,51	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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	12,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
851	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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	3,85
852	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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
853	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2025-01-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	368,63	391,82	391,82	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,55
854	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	49,53	57,32	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,87
855	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,39	272,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
856	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,61	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych 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	44,46
857	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,34	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,52
858	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,99	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16
859	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,92	2,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,73
860	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990066780	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,59	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,46
861	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,75	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,13
862	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,70	5,08	5,62	7,55	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
863	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
864	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,86	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
865	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,36
866	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	12,06	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11
867	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,68	11,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,84
868	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	19,82	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,37
869	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,38	27,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,69
870	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	50,10	50,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,05
871	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990081165	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,76	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
872	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	26,64	26,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,32
873	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	36,75	36,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
874	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,63	28,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,32
875	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	12,92	18,03	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,17
876	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	53,82	53,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,91
877	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	26,10	33,94	33,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,97
878	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	29,99	37,10	29,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,34
879	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	20,58	25,69	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,83
880	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,95	11,83	12,54	15,85	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,53
881	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,33	16,56	17,55	21,86	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,41
882	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	48,74	59,06	59,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,53
883	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	32,96	35,60	37,74	45,58	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,86
884	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,66	33,11	35,10	41,99	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
885	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,41
886	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	34,31	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,48
887	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
888	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,24	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,10
889	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,39	40,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,20
890	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,92	71,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,96
891	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,15	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,01
892	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	8,14	11,40	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,35
893	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
894	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	7,40	9,26	5,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,74
895	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2025-07-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	19,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
896	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2025-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	23,00	24,84	26,33	33,73	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
897	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2025-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,32	16,55	17,54	22,25	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90
898	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,17	4,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,90
899	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,21	12,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,80
900	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
901	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	13,80	14,90	15,80	19,02	9,95	Padaczka		ryczałt	10,43
902	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	27,60	29,81	31,60	39,79	39,79	Padaczka		ryczałt	2,72
903	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814	2025-04-01	2 lata	35.0, Leki antyadrenergiczne działające ośrodkowo - klonidyna	17,70	19,12	20,26	26,75	26,75	Nadciśnienie tętnicze		30%	7,23
904	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,51	9,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,85
905	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,50	14,58	15,45	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
906	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2025-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	22,47	22,47	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%	6,74
907	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2026-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	22,47	22,47	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%	6,74
908	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2025-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	16,99	18,35	19,45	26,01	26,01	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%	7,80
909	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	24,88	26,87	28,48	35,04	27,29	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%	14,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
910	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2025-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	17,45	18,85	19,98	26,54	26,54	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%	7,96
911	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	12,98	14,02	14,86	21,42	21,42	Miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom		30%	6,43
912	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,45	14,53	15,40	21,96	21,96	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
913	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2024-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	14,90	16,09	17,05	23,61	23,61	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%	7,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
914	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2025-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	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%	6,93
915	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2025-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	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%	6,93
916	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990762729	2025-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	18,10	19,55	20,73	27,29	27,29	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%	8,19
917	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2024-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	21,44	21,44	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%	6,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
918	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2026-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	21,44	21,44	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%	6,43
919	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2025-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	14,56	15,72	16,66	23,22	23,22	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%	6,97
920	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
921	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2025-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	48,03	42,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,45
922	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	20,52	25,73	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,44
923	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	5,38	7,14	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,82
924	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	26,33	31,54	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
925	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	6,21	6,75	8,51	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,19
926	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
927	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2025-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	39,95	43,15	45,74	55,76	55,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,88
928	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2024-07-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3417,00	3690,36	3852,36	3947,26	3947,26	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
929	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909997077482	2026-01-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,34	1360,34	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
930	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909997077499	2026-01-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,34	1360,34	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
931	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2024-04-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51
932	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1><2>2025-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>2 lata 9 miesięcy/<3>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
933	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
934	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,00	29,16	30,91	39,00	36,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,67
935	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	67,50	72,90	77,27	90,45	90,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,14
936	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2024-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	8,42	10,87	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
937	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,50	8,10	8,64	11,09	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
938	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	22,50	24,30	25,76	31,50	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,46
939	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Efluelda Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,7 ml z igłą	05909991435875	2024-10-01	2 lata	247.2, Szczepionki przeciw grypie - wysokodawkowe	128,11	138,36	146,66	163,44	163,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	81,72
940	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108	2026-01-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,26	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86
941	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,70	38,56	40,87	48,91	36,55	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	23,33
942	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,68	52,57	55,73	65,35	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	30,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
943	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	43,22	18,27	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	28,15
944	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	43,22	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,43
945	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<1>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	19,34
946	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3> Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	27,11
947	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,20	48,82	51,74	58,32	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	40,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
948	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	<1>2024-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,50	53,46	56,67	66,29	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	31,40
949	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,00	25,92	27,48	32,75	18,27	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	17,68
950	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,00	25,92	27,48	32,75	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	19,96
951	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991507756	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	62,99	36,55	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	37,41
952	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	32,60	35,21	37,32	43,90	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	26,46
953	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991507800	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	65,20	70,42	74,64	84,26	49,84	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	49,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
954	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,16	48,77	51,70	56,97	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	44,18
955	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	86,87	93,82	99,45	106,03	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	88,59
956	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	43,30	18,27	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	28,23
957	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	43,30	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,51
958	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	51,90	56,05	59,41	67,45	36,55	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	41,87
959	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	<1>2023-11-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	212,32	229,31	243,06	258,76	149,51	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	154,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
960	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,30	48,92	51,86	58,44	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	41,00
961	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	78,31	49,84	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	43,42
962	Dabigatranum etexilatum	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,90	36,55	<1>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	15,55
963	Dabigatranum etexilatum	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,90	36,55	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	23,32
964	Dabigatranum etexilatum	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,66	52,55	55,71	65,33	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	30,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
965	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	217,51	236,54	236,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,20
966	Dapagliflozinum	Daforbis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901797711184	2026-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	54,00	58,32	61,82	73,45	73,45	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c ≥7% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥55 lat dla mężczyzn i ≥60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF>40%);		30%	22,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
967	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05903060625624	2026-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	54,00	58,32	61,82	73,45	73,45	Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c ≥7% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥55 lat dla mężczyzn i ≥60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF>40%);		30%	19,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
968	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2025-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	119,13	128,66	136,38	148,01	73,45	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c ≥7% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥55 lat dla mężczyzn i ≥60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF>40%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m2, albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwskazaniami do tych terapii.		30%	96,60
969	Deferasiroxum	Exferana, tabl. powl., 180 mg	30 szt.	05901812161796	2025-10-01	2 lata	273.0, Leki chelatujące żelazo	175,00	189,00	200,34	218,90	212,38	Leczenie przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, w następujących grupach pacjentów: - u dzieci z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku częstych transfuzji krwi (≥7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku od 2 do 5 lat, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku nieczęstych transfuzji krwi (<7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku 2 lat i starszych, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z innymi rodzajami niedokrwistości w wieku 2 lat i starszych.		ryczałt	9,72

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
974	Denosumabum	Junod, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05997001330906	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	280,00	302,40	320,54	341,78	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	118,56
975	Denosumabum	Kefdensis, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	04150196695620	2026-04-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	255,00	275,40	291,92	313,16	313,16	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	93,95
976	Denosumabum	Osvyrti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05056842801362	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	310,00	334,80	354,89	376,13	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	152,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
977	Denosumabum	Ponlimsi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991585808	2026-04-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	207,55	224,15	237,60	258,84	258,84	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	77,65
978	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	525,14	567,15	601,18	622,42	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	399,20
979	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	362,00	390,96	414,42	435,66	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	212,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
980	Denosumabum	Zadenvi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08594739318274	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	350,00	378,00	400,68	421,92	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	198,70
981	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,46	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,75
982	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,34	31,69	33,59	41,46	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,32
983	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2025-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,62	9,31	9,87	13,78	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,33
984	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,12	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
985	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	29,14	37,01	37,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,10
986	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2024-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	18,50	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,01
987	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,46	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
988	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2025-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,78	11,64	12,34	16,88	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
989	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	13,62	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,91
990	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2025-10-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,25	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,82
991	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2024-04-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	20,57	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
992	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	05909990981359	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,05	7,59	9,76	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,40
993	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,05	14,09	14,94	18,83	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,12
994	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,85	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,42
995	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,35	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
996	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
997	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	40,34
998	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
999	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	23,87
1000	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	51,28
1001	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	88,42
1002	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	105,92
1003	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i 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%	180,20
1004	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	30,94
1005	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i 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%	47,91
1006	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	24,61	32,05	28,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,64
1007	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	49,23	59,99	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,47
1008	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991565367	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	230,00	248,40	263,30	283,66	283,66	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1009	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991565404	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,00	49,68	52,66	63,42	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,90
1010	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991565398	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,00	99,36	105,32	120,08	114,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	17,03
1011	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	232,10	250,67	265,71	286,07	286,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1012	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,42	50,13	53,15	63,91	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,39
1013	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,20	501,34	531,41	559,07	559,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1014	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,84	100,27	106,28	121,04	114,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	17,99
1015	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	11,50	12,42	13,17	17,94	14,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,84
1016	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,00	49,68	52,66	63,42	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,90
1017	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	17,86	22,63	14,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,38
1018	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	267,82	288,18	286,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,49
1019	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	53,57	64,33	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1020	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	8,96	11,73	7,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,00
1021	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	107,13	121,89	114,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,96
1022	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	24,19	26,13	27,69	33,18	20,29	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,48
1023	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	28,20	30,46	32,28	40,57	40,57	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	2,88
1024	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	6,95	7,51	8,05	11,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
1025	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,91	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
1026	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990457137	2026-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	32,88	32,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,44
1027	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1028	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,73	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1029	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	11,33	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,42
1030	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,45
1031	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,70	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,72
1032	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	9,85	12,49	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04
1033	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2024-07-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,50	36,09	Endometrioza		ryczałt	5,61
1034	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2026-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,87	36,09	Endometrioza		ryczałt	6,98
1035	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2026-04-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,40	29,59	31,36	39,52	36,09	Endometrioza		ryczałt	6,63
1036	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2026-04-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	82,20	88,78	94,10	108,26	108,26	Endometrioza		ryczałt	8,96
1037	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,15	36,09	Endometrioza		ryczałt	9,26
1038	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2026-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	39,99	43,19	45,78	53,94	36,09	Endometrioza		ryczałt	21,05
1039	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,81	36,09	Endometrioza		ryczałt	4,92
1040	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,36
1041	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1042	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,62
1043	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1044	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2025-07-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,00	183,60	194,62	213,02	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,55
1045	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,13	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,66
1046	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1047	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,35	33,86	35,89	43,80	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	15,69
1048	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	53,75	58,05	61,54	72,94	72,94	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	19,69
1049	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	80,62	87,07	92,30	106,21	106,21	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	28,67
1050	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,86	19,29	20,44	25,61	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,18
1051	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,90	27,97	29,65	37,56	37,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27
1052	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1053	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,50	14,58	15,45	20,62	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,43
1054	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,30	30,56	32,40	40,63	40,36	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,38
1055	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,00	28,08	29,76	37,67	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,17
1056	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,93	16,12	17,10	22,27	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,17
1057	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,75	23,49	24,90	32,81	32,81	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,84
1058	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,90	13,93	14,76	19,93	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,74
1059	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,50	28,62	30,34	38,25	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,88
1060	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,75	14,85	15,75	20,92	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,73
1061	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,90	24,73	26,21	34,12	34,12	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1062	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,70	12,64	13,39	18,56	18,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,57
1063	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1064	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,01	20,53	21,76	26,93	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,74
1065	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1066	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1067	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1068	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1069	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2050,00	2214,00	2346,84	2411,63	2411,63	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1070	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,94	17,73	Jaskra		ryczałt	5,41
1071	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	53,18	Jaskra		ryczałt	7,10
1072	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2025-10-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	23,00	17,73	Jaskra		ryczałt	8,47
1073	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	53,18	Jaskra		ryczałt	7,10
1074	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2025-01-01	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	16,75	18,09	19,18	23,98	17,73	Jaskra		ryczałt	9,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1075	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2025-04-01	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	40,50	43,74	46,36	55,83	53,18	Jaskra		ryczałt	7,98
1076	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,46	17,73	Jaskra		ryczałt	6,93
1077	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,77	17,73	Jaskra		ryczałt	5,24
1078	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,41	53,18	Jaskra		ryczałt	6,56
1079	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,45	26,59	Jaskra		ryczałt	9,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1080	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,59	26,59	Jaskra		ryczałt	3,20
1081	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,86	71,86	Jaskra		ryczałt	8,00
1082	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	26,59	Jaskra		ryczałt	7,12
1083	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,08	72,08	Jaskra		ryczałt	8,00
1084	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,40	23,11	24,49	30,96	26,59	Jaskra		ryczałt	7,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1085	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,80	57,02	60,45	71,94	71,94	Jaskra		ryczałt	8,00
1086	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,49	26,49	Jaskra		ryczałt	3,20
1087	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,56	71,56	Jaskra		ryczałt	8,00
1088	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1089	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,53
1090	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1091	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1092	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1093	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,73
1094	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1095	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,08
1096	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1097	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,64
1098	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1099	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,44
1100	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1101	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1102	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,82
1103	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,41
1104	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,97	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,75
1105	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,97	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,94
1106	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,29
1107	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,88
1108	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,02
1109	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	24,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1110	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,24
1111	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,49
1112	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,37
1113	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,07
1114	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
1115	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1116	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,36
1117	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	8,78
1118	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1119	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
1120	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1121	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,39
1122	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,77
1123	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,10
1124	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,52
1125	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,11
1126	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,50	56,70	60,10	69,84	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,51
1127	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,50	56,70	60,10	69,84	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	29,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1128	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1129	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,85
1130	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89
1131	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,48
1132	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
1133	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1134	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,42
1135	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,20
1136	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1137	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,62
1138	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
1139	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
1140	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,44
1141	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1142	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,36
1143	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,55
1144	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1145	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1146	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,80
1147	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,50
1148	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,29
1149	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,88
1150	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,65
1151	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,43
1152	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	2025-04-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,70	6,16	6,70	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,94
1153	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2024-07-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,95	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1154	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,37	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1155	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0.75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1156	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1157	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1158	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1159	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,08	15,08	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,52
1160	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,40	28,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,52
1161	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,18	15,91	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,04
1162	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,64	31,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	16,53
1163	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,64	31,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	16,53
1164	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,56	63,64	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	29,71
1165	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,62	15,62	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1166	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,47	29,47	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,84
1167	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	11,50	16,05	16,05	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,82
1168	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,18	30,18	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,05
1169	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,00	9,72	10,30	14,64	14,64	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,39
1170	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,00	19,44	20,61	27,53	27,53	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,26
1171	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	15,91	15,91	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,77
1172	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	30,04	30,04	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,01
1173	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	15,22	15,22	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,57
1174	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,80	20,30	21,52	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,53
1175	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,67	28,67	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,60
1176	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,60	40,61	43,05	53,13	53,13	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1177	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,36	15,91	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,22
1178	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	30,96	30,96	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,29
1179	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,37	43,37	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,01
1180	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,66	20,15	21,36	28,28	28,28	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,48
1181	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	30,96	30,96	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,29
1182	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,33	40,32	42,74	52,82	52,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,85
1183	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,16	58,16	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,45
1184	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,58	81,58	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	24,47
1185	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,72	44,72	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,42
1186	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	89,90	97,09	102,91	117,94	117,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,38
1187	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,29	40,27	42,69	52,77	52,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1188	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,35	10,10	10,70	15,04	15,04	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,51
1189	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,70	20,20	21,41	28,33	28,33	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,50
1190	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,97	30,21	32,02	40,68	40,68	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,20
1191	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,41	15,91	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,27
1192	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,05	22,73	24,09	31,01	31,01	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,30
1193	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	31,08	31,08	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,32
1194	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,10	45,47	48,20	58,28	58,28	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,48
1195	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991328696	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,43	22,06	23,39	30,24	26,75	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,52
1196	Dutasteridum	Davoster, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991318840	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,05	16,25	17,23	24,08	24,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,22
1197	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991456351	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,70	18,04	19,12	25,97	25,97	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,79
1198	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991460495	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	17,28	24,13	24,13	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1199	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	90 szt.	05909991460501	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,27	48,89	51,83	64,08	64,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,22
1200	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	21,00	22,68	24,04	31,10	28,26	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,32
1201	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1202	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	117,00	126,36	133,94	145,16	68,55	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c ≥7% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥55 lat dla mężczyzn i ≥60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: − pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub − pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF>40%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: − eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m2 do < 45 ml/min/1,73 m2, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub − eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m2 do < 90 ml/min/1,73 m2 oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	97,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1203	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991138523	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	250,71	270,77	287,01	302,64	146,90	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c ≥7% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥55 lat dla mężczyzn i ≥60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: − pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub − pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF>40%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: − eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m2 do < 45 ml/min/1,73 m2, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub − eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m2 do < 90 ml/min/1,73 m2 oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	199,81
1204	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,16	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,97
1205	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1206	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	9,21	12,62	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,42
1207	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	17,00	22,68	22,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,52
1208	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	3,45	4,64	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,18
1209	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	6,36	8,29	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1210	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	254,44	274,80	291,29	309,13	217,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	97,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1211	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	48,93	52,84	56,02	64,69	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1212	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	96,46	104,18	110,43	122,84	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	39,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1213	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	133,33	144,00	152,64	167,31	130,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1214	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	171,66	185,39	196,52	212,93	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1215	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	280,89	303,36	321,56	340,35	260,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	85,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1216	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	333,28	359,94	381,54	401,77	326,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	83,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1217	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	191,85	191,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1218	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1219	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	60,80	65,66	69,61	82,02	82,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1220	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	91,20	98,50	104,40	119,07	119,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1221	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	121,60	131,33	139,21	155,62	155,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1222	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	161,99	174,95	185,45	203,29	203,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1223	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1224	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	66,52	71,84	76,15	88,56	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1225	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	98,04	105,88	112,23	126,90	126,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1226	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	130,23	140,65	149,08	165,49	165,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1227	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	189,00	204,12	216,37	235,16	235,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1228	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	236,25	255,15	270,46	290,69	290,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1229	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	53,25	57,51	60,97	71,52	63,13	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	8,39
1230	Epinephrinum	EpiPen Jr., roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613366	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	255,61	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	157,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1231	Epinephrinum	EpiPen Senior, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613373	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	255,61	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	157,52
1232	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991017606	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1233	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991017675	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,52	32,96	34,94	44,40	44,40	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,32
1234	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991183646	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1235	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991183721	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,86
1236	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991442316	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1237	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991442392	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,00	32,40	34,34	43,80	43,80	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,14
1238	Eplerenonum	Eplerenon Medreg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991465308	2025-07-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	29,20	31,54	33,43	42,89	42,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	12,87
1239	Eplerenonum	Espiro, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990971473	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1240	Eplerenonum	Espiro, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990971558	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1241	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991014728	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1242	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991014759	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1243	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2025-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,85
1244	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,65	6,10	6,64	9,35	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1245	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1246	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	17,96	19,04	25,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,89
1247	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1248	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1249	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,30	35,96	38,12	47,39	47,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,70
1250	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,74	6,20	6,74	9,45	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,30
1251	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2026-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,93	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,63
1252	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,48	12,40	13,14	17,82	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,52
1253	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2026-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,40	23,11	24,49	31,82	31,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,91
1254	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	6,66	9,37	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,22
1255	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1256	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	19,43	25,73	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,28
1257	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	13,00	17,68	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,38
1258	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61
1259	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	48,13	48,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
1260	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	9,24	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,09
1261	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,39	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09
1262	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	5,72	10,12	10,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1263	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,81	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1264	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	35,49	41,35	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,91
1265	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,30	11,12	11,79	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,86
1266	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,70	10,48	11,10	13,61	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,94
1267	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	37,78	45,76	40,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,57
1268	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	17,63	23,49	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,05
1269	Estradiolum + Drospirenonum	Angelių, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	34,20	36,94	39,15	43,55	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,22
1270	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2024-07-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,39	20,94	22,19	26,59	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,26
1271	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,95	20,47	21,70	26,10	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,77
1272	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2026-04-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,98	31,30	33,18	39,04	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,60
1273	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	2026-04-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,24	22,94	24,31	30,17	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73
1274	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,60	21,17	22,44	26,84	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1275	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2026-04-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,63	111,63	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1276	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2024-10-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,55	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
1277	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2025-04-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,34	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
1278	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	5,94	8,39	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1279	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87
1280	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,61	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
1281	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2025-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	52,09	62,75	62,75	Padaczka		ryczałt	3,20
1282	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt.	05909990211654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	359,65	388,42	411,73	436,08	425,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	14,10
1283	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.5 mg	60 szt.	05909990211357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	735,98	794,86	842,55	876,84	850,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	29,67
1284	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt.	05909990211845	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1077,08	1163,25	1233,04	1275,55	1275,55	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1285	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii;<2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet w okresie naturalnego lub wywołanego leczeniem stanu po menopauzie, u których choroba uległa postępowi po zastosowaniu terapii antyestrogenowej;	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1286	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1287	Exemestanum	Symex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05905701070350	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1288	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,35	9,02	9,56	13,37	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,01
1289	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	26,84	28,99	30,73	38,82	38,82	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1290	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,42	15,57	16,51	20,32	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	9,86
1291	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,00	15,12	16,03	19,84	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	10,48
1292	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	9,55	13,36	13,36	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1293	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,00	9,72	10,30	14,33	14,33	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,30
1294	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	2025-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,45	16,69	17,69	21,72	14,33	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączane jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,69
1295	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powl., 10+80 mg	30 szt.	03838989773410	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	27,40	29,59	31,36	35,39	14,33	Zapobieganie wystąpieniu incydentów sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobą wieńcową i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie zarówno u pacjentów leczonych statyną, jak i u pacjentów którzy nie byli wcześniej leczeni statyną; Hipercholesterolemia - w leczeniu wspomagającym wraz z dietą u osób dorosłych z pierwotną (heterozygotyczną rodzinną lub niewystępującą rodzinnie) hipercholesterolemią bądź mieszaną hiperlipidemią, w przypadku których odpowiednie jest stosowanie produktów leczniczych złożonych: pacjenci z nieodpowiednią kontrolą choroby przyjmujący statyny w monoterapii; pacjenci leczeni już statynami i ezetymibem; Homozygotyczna hipercholesterolemia rodzinna - leczenie wspomagające wraz z dietą u osób dorosłych z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.		30%	25,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1296	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07
1297	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07
1298	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2026-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1299	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22
1300	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22
1301	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22
1302	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	10,42	14,30	12,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,08
1303	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	19,59	25,94	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
1304	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej 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%	35,65
1305	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej 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%	29,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1306	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	41,73	47,03	21,04	Leczenie przewlekłej 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%	32,30
1307	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2026-04-01/<2>2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,40	42,55	45,10	52,01	31,57	<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%	36,23
1308	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2026-04-01/<2>2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,40	42,55	45,10	52,01	31,57	<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%	29,91
1309	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	30,45	35,75	21,04	Leczenie przewlekłej 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%	21,02
1310	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	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%	34,48
1311	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	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%	28,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1312	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	28,91	34,21	21,04	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%	19,48
1313	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej 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%	35,65
1314	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej 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%	29,33
1315	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,93	28,00	29,69	34,99	21,04	Leczenie przewlekłej 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%	20,26
1316	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2026-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,44	14,52	15,39	20,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
1317	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,83	20,34	21,56	27,81	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,99
1318	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	11,99	16,44	15,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
1319	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	14,73	19,78	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,79
1320	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	19,65	26,70	26,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,21
1321	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1322	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	71,59	71,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,33
1323	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
1324	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94
1325	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,27	53,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,38
1326	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,46	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
1327	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,50	48,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,10
1328	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,15	70,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,95
1329	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,20	17,50	18,54	23,59	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,24
1330	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1331	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,70	18,04	19,12	24,17	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
1332	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1333	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,08	18,45	19,55	24,10	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,34
1334	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrodil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	21,65	23,38	24,79	28,45	12,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	19,28
1335	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,42	25,29	26,82	29,84	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1336	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,88	26,87	28,48	33,60	19,79	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,75
1337	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	21,50	23,22	24,61	28,27	12,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	19,10
1338	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1339	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1340	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1341	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1342	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2024-10-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1343	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1344	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1345	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1346	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	201,00	217,08	230,10	249,11	249,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1347	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	128,43	126,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,64
1348	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	51,80	55,94	59,30	70,17	63,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,88
1349	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	101,00	109,08	115,62	130,49	126,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,70
1350	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	57,24	68,11	63,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,82
1351	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	150,50	162,54	172,29	189,81	189,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80
1352	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	84,77	98,28	95,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,24
1353	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,98	770,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1354	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,98	770,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1355	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	322,50	348,30	369,20	392,38	392,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1356	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	102,00	110,16	116,77	131,64	126,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,85
1357	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	14,43	19,13	15,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,09
1358	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	25,50	27,54	29,19	36,70	31,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,15
1359	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	51,00	55,08	58,38	69,25	63,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,96
1360	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	76,50	82,62	87,58	101,09	95,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,05
1361	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1362	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,82	618,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1363	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1364	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,82	618,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1365	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1366	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1367	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1368	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1369	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1370	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1371	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1372	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1373	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1374	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1375	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	52,60	56,81	60,22	68,25	32,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,47
1376	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	133,91	144,62	153,30	170,38	164,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,65
1377	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	192,35	207,74	220,20	239,12	230,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,41
1378	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	88,60	95,69	101,43	111,76	52,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	62,18
1379	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	223,10	240,95	255,41	275,17	263,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,48
1380	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	363,96	386,41	369,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,16
1381	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	154,19	171,27	164,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,54
1382	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	244,13	263,89	263,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1383	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,16	21,77	23,08	29,93	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1384	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,48	65,32	69,24	81,49	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,84
1385	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,05	21,65	22,95	29,80	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,25
1386	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,38	22,01	23,33	30,18	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,63
1387	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,90	64,69	68,57	80,82	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17
1388	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	19,42	26,27	26,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1389	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,96	21,56	22,85	29,70	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,15
1390	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,88	64,67	68,55	80,80	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,15
1391	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990082391	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	21,58	28,43	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,88
1392	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991507879	2024-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,00	57,24	60,67	72,92	72,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1393	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,65	104,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1394	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991151218	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	23,44	30,29	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1395	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,25	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,64
1396	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991214692	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,00	18,36	19,46	26,31	26,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1397	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991214753	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,00	55,08	58,38	70,63	70,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1398	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,30	22,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1399	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,60	58,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1400	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,55	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,00
1401	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,25	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,48
1402	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,10	21,71	23,01	29,86	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,31
1403	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,50	21,06	22,32	29,17	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,62
1404	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	58,45	63,13	66,92	79,17	79,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1405	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,90	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1406	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1407	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	60,97	73,22	73,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1408	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1409	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,45	19,93	21,12	27,74	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,97
1410	Finerenonum	Kerendia, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54
1411	Finerenonum	Kerendia, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54
1412	Flecainidi acetas	Flecainide acetate Holsten, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991468132	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwarytmiczne klasy I C – flekainid	72,50	78,30	83,00	96,60	96,60	Zaburzenia rytmu serca		30%	28,98
1413	Flecainidi acetas	Flecainide acetate Holsten, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991468095	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwarytmiczne klasy I C – flekainid	52,00	56,16	59,53	69,13	48,30	Zaburzenia rytmu serca		30%	35,32
1414	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	83,33	95,31	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	51,03
1415	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1416	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	6,41	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,91
1417	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	9,20	13,27	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1418	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	56,39	60,90	64,55	76,53	76,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,44
1419	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,68	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,03
1420	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1421	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	10,38	13,68	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
1422	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	2025-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1423	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	47,00	50,76	53,81	65,79	65,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,90
1424	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	13,46	18,99	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,50
1425	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,24	35,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1426	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	59,49	63,05	75,03	75,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,52
1427	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1428	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1429	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,05	7,61	8,15	11,45	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
1430	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798	2025-10-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1431	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,44	67,44	71,49	83,47	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	40,37
1432	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,50	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,47
1433	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,33	3,60	4,14	5,81	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,37
1434	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,52	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
1435	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	70,06	82,04	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,09
1436	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	35,05	43,39	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,67
1437	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2024-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1438	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,62	16,87	17,88	23,41	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,38
1439	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,27	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1440	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2025-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,24	35,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1441	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	78,38	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,77
1442	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	22,13	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,48
1443	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,60	21,17	22,44	29,56	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,08
1444	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	41,54	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,23
1445	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,83	14,94	15,83	21,36	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,71
1446	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,20	3,46	4,00	5,67	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,60
1447	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	29,86	31,65	39,99	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,68
1448	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	11,40	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,58
1449	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,00	65,88	69,83	81,81	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,20
1450	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,70	14,80	15,68	21,21	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1451	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	41,42	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,11
1452	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	10,86	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,04
1453	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2024-04-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	11,05	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
1454	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	15,57	19,78	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,21
1455	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	16,22	20,43	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,79
1456	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	12,25	16,27	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,32
1457	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2024-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	16,02	20,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
1458	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	10,96	15,17	15,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,55
1459	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,25	9,99	10,59	14,80	14,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,44
1460	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	47,13	25,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	29,36
1461	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	16,00	7,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,67
1462	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 szt.	05909991074258	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,28	6,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1463	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1464	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2025-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,90	11,77	12,47	17,04	17,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1465	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,28	21,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
1466	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,85	65,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1467	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	190,00	205,20	217,51	235,82	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	92,09
1468	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2024-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	21,80	23,54	24,96	31,09	25,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
1469	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2025-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,90	11,77	12,47	16,20	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,73
1470	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	2025-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,98	11,86	12,57	16,30	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,83
1471	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,19	49,89	52,88	59,39	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,28
1472	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	23,51	25,39	26,91	30,91	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,95
1473	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	74,00	79,92	84,72	94,25	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	54,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1474	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,50	50,22	53,23	59,74	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,63
1475	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,60	23,33	24,73	28,03	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,31
1476	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,90	23,65	25,07	28,37	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,65
1477	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	44,20	47,74	50,60	57,11	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	38,00
1478	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,28	16,50	17,50	19,38	4,46	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,12
1479	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	79,50	85,86	91,01	100,54	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	61,25
1480	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001	2026-04-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,55	61,07	64,74	74,27	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	34,98
1481	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	30,70	33,16	35,14	41,65	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,54
1482	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025	2026-04-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	113,10	122,15	129,48	143,01	89,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	64,43
1483	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,84	61,39	65,07	74,60	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,31
1484	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,25	68,31	72,41	84,81	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,77
1485	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	87,96	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1486	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064	2026-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	60,99	65,87	69,82	82,22	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,18
1487	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	91,01	104,63	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,94
1488	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,95	78,79	83,52	97,14	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,45
1489	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	60,56	72,06	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,90
1490	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	158,40	171,07	181,33	199,37	199,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,88
1491	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,00	73,44	77,85	90,25	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,69
1492	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	191,25	206,55	218,95	237,74	234,73	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,91
1493	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,61
1494	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	237,00	255,96	271,32	291,25	281,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1495	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,00	65,88	69,83	82,23	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,19
1496	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	74,50	80,46	85,29	98,91	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,22
1497	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,00	50,76	53,81	65,31	65,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1498	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557	2026-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,79	57,01	60,44	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1499	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595	2026-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,74	68,84	72,96	85,36	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,32
1500	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632	2026-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	78,98	85,30	90,42	104,04	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,35
1501	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2025-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,90	78,73	83,45	95,85	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,81
1502	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	88,20	95,26	100,97	114,59	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,90
1503	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,85	71,12	75,38	87,78	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1504	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,30	85,64	90,78	104,40	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,71
1505	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,85	57,08	60,50	72,00	72,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2024-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,80	57,02	60,45	71,95	71,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,45	70,69	74,93	87,33	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,29
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2024-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,06	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,37
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	75,55	87,95	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,91
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	91,00	104,62	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,93
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	60,54	72,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1512	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2026-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	67,00	72,36	76,70	89,10	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1513	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2026-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,23
1514	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	61,54	73,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,78
1515	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	80,36	92,76	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,95
1516	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	98,45	112,07	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,24
1517	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	73,50	79,38	84,14	96,54	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,50
1518	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	96,20	103,90	110,13	123,75	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	33,06
1519	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,00	62,64	66,40	77,90	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,06
1520	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,00	59,40	62,96	74,46	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,62
1521	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,00	70,20	74,41	86,81	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1522	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,06	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,37
1523	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,75	66,69	70,70	83,10	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,06
1524	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	75,50	81,54	86,43	100,05	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,36
1525	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,59	51,40	54,49	65,99	65,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1526	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1527	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1528	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	285,06	304,15	230,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	76,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1529	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1710,33	1754,56	1384,43	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	373,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1530	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	127,85	138,08	146,36	163,14	153,83	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	12,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1531	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	191,79	207,13	219,56	238,65	230,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1532	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,72	276,18	292,74	313,85	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	9,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1533	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,48 ml (22 µg/0,48 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	298,00	321,84	341,15	362,26	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	57,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1534	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,44 ml (66 µg/1,44 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1023,45	1058,88	922,95	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	139,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1535	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2025-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	217,89	235,32	249,44	270,55	270,55	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1536	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2025-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	655,32	707,75	750,21	785,64	785,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1537	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	293,07	314,18	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	9,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1538	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	586,14	615,31	615,31	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
1539	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,40	47,95	50,82	61,36	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,35
1540	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	127,50	137,70	145,96	163,05	163,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1541	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981	2026-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1542	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,79	48,37	51,28	61,82	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,81
1543	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1544	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	43,80	47,30	50,14	60,68	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,67
1545	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	87,60	94,61	100,29	114,83	114,83	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1546	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	131,40	141,91	150,42	167,51	167,51	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1547	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1548	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	28,95	31,27	33,15	40,42	29,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,51
1549	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	44,42	54,96	54,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1550	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1551	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,93	48,52	51,44	61,98	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
1552	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	2025-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54
1553	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92
1554	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	7,77	10,94	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,92
1555	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1556	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	7,78	10,95	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1557	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,05	4,37	4,91	7,76	7,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1558	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,50	5,94	6,48	9,33	9,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1559	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,85	6,32	6,86	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	2,88
1560	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,00	6,48	7,02	9,87	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,02
1561	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	12,59	17,47	16,93	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,74
1562	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	37,78	47,35	47,35	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1563	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	50,37	61,31	61,31	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1564	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	16,60	21,48	16,93	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,75
1565	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	37,03	46,60	46,60	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1566	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	41,21	50,78	50,78	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1567	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,25	53,19	56,39	67,33	67,33	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1568	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,99	50,75	53,79	64,73	64,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1569	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	75,95	82,03	86,95	100,52	100,52	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1570	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	103,95	112,27	119,01	133,95	133,95	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1571	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,00	16,20	17,17	22,05	16,93	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	8,32
1572	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	45,00	48,60	51,52	61,09	50,78	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	13,51
1573	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	60,00	64,80	68,69	79,63	67,71	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,12
1574	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	88,90	96,01	101,77	115,34	101,56	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,34
1575	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,89	113,28	120,07	135,01	135,01	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1576	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2026-01-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	83,57	97,20	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,60
1577	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,03	78,87	83,60	97,23	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,63
1578	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1579	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1580	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,90	8,53	9,07	11,23	6,58	Cukrzyca		ryczałt	7,85
1581	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1582	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,25	20,79	22,04	25,05	9,88	Cukrzyca		ryczałt	16,53
1583	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,25	13,23	14,03	17,04	9,88	Cukrzyca		ryczałt	10,36
1584	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1585	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,18	17,47	18,52	22,72	14,81	Cukrzyca		ryczałt	12,71
1586	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69
1587	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,57	23,30	24,69	29,80	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,45
1588	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,62	19,03	20,17	24,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	14,36
1589	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	2024-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1590	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,00	17,28	18,32	23,43	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,08
1591	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991226299	2025-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,72	11,58	12,27	15,28	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,60
1592	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991226305	2025-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,50	23,22	24,61	29,72	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,37
1593	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	8,75	9,29	12,30	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,62
1594	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,15	9,88	Cukrzyca		ryczałt	6,47
1595	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,20	17,50	18,54	23,65	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1596	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	5,00	6,73	4,94	Cukrzyca		ryczałt	4,99
1597	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,15	7,72	8,26	11,27	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1598	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,50	12,42	13,17	17,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	7,36
1599	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	17,70	17,70	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1600	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	4,42	6,15	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,97
1601	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	8,39	11,40	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,25
1602	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	12,24	16,44	14,81	Cukrzyca		ryczałt	5,79
1603	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	14,64	19,75	19,75	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1604	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,75	2,97	3,51	5,24	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,50
1605	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,50	5,94	6,48	9,49	9,49	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1606	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	9,45	13,65	13,65	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1607	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	12,54	17,65	17,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1608	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,70	18,04	19,12	25,86	25,86	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1609	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	3,26	4,99	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,25
1610	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	6,11	9,12	9,12	Cukrzyca		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1611	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	8,22	12,42	12,42	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1612	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	11,45	16,56	16,56	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1613	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	18,88	25,62	25,62	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1614	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	10,30	12,03	4,94	Cukrzyca		ryczałt	9,26
1615	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2025-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	47,95	51,79	54,90	65,84	65,84	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1616	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	2025-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	11,84	12,79	13,55	18,39	18,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1617	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 szt.	05909990183036	2024-04-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,74
1618	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574	2026-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	53,43	57,70	61,17	72,74	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	19,64
1619	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg	30 szt. + 1 inhalator	05909991000882	2025-10-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	93,14	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	42,22
1620	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	431,00	465,48	493,41	519,30	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,50
1621	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	136,00	146,88	155,69	172,92	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1622	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	160,27	177,50	172,92	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	7,78
1623	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	419,50	453,06	480,24	506,13	506,13	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1624	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	186,55	201,47	213,56	230,79	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty;	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	61,07
1625	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	587,00	633,96	672,00	697,89	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	188,09
1626	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	x	choroba Huntingtona	30%	11,49
1627	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1628	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1629	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1630	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	x	choroba Huntingtona	30%	3,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1631	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,07
1632	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	x	choroba Huntingtona	30%	4,39
1633	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1634	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1635	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1636	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2025-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	5,35	7,67	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,46
1637	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2026-01-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	14,08	19,05	19,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
1638	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2025-04-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1639	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1640	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2025-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,41	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1641	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2025-07-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1642	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1400,00	1512,00	1602,72	1663,50	1663,50	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1643	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1644	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Amidil Combo AmiHaler, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 85 mcg + 43 mcg /dawkę	30 szt. + 1 inhal.	05903060632318	2026-01-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	62,37	67,36	71,40	83,99	83,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	22,68
1645	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	83,16	89,81	95,20	107,79	83,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	49,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1646	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	155,29	167,71	177,78	196,09	196,09	Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku		30%	58,83
1647	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	2024-07-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,16	97,37	103,22	116,84	93,89	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	51,12
1648	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	2024-07-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,14	98,43	104,34	117,96	93,89	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	52,24
1649	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	2024-07-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	60,00	64,80	68,69	86,73	86,73	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	26,02
1650	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	8,80	11,63	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65
1651	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909991276621	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,45	18,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
1652	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990799398	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	5,29	8,12	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1653	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,10	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
1654	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990665907	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	8,79	11,62	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,64
1655	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,92	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
1656	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909991025014	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	5,57	8,40	8,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1657	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	90 szt.	05908289660401	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	13,98	15,10	16,01	22,52	22,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,08
1658	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990770182	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,63	6,08	6,62	9,45	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1659	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990424801	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	5,41	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47
1660	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909990424849	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,02	9,74	10,32	15,17	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,55
1661	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990734993	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,47	4,83	5,37	8,20	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,46
1662	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,39	10,14	10,75	13,58	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,41
1663	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2023-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6117,00	6606,36	6768,36	6921,58	6921,58	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1664	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2024-04-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2334,25	2397,22	2306,98	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	93,44
1665	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	61,00	65,88	69,83	81,09	67,34	Cukrzyca typu I		ryczałt	16,95
1666	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	101,00	109,08	115,62	129,43	101,01	Cukrzyca typu I		ryczałt	32,42
1667	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,43	173,26	183,66	201,51	201,51	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1668	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	104,00	112,32	119,06	132,87	101,01	Cukrzyca		ryczałt	35,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1669	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,16	101,01	Cukrzyca		ryczałt	38,15
1670	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	2023-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	61,00	65,88	69,83	81,09	67,34	Cukrzyca		ryczałt	16,95
1671	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	100,95	109,03	115,57	129,38	101,01	Cukrzyca		ryczałt	32,37
1672	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	333,00	359,64	381,22	402,22	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	185,21
1673	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	2025-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	137,75	148,77	157,70	174,38	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	65,87
1674	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	166,50	179,82	190,61	207,29	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	98,78
1675	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	252,45	272,65	289,01	310,01	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	93,00
1676	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1677	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1678	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2024-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	445,50	481,14	510,01	534,98	465,02	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 roku życia		30%	209,47
1679	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,79	315,79	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1680	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	382,36	405,88	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	122,96
1681	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	65,00	70,20	74,41	85,67	67,34	Cukrzyca		ryczałt	21,53
1682	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	99,00	106,92	113,34	127,15	101,01	Cukrzyca		ryczałt	30,14
1683	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	100,00	108,00	114,48	128,29	101,01	Cukrzyca		ryczałt	31,28
1684	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1685	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1686	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1687	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1688	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1689	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1690	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1691	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1692	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38
1693	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1694	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38
1695	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1696	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1697	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1698	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1699	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1700	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1701	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1702	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1703	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1704	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1705	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1706	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1707	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	103,97	112,29	119,03	132,84	101,01	Cukrzyca		ryczałt	35,83
1708	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1709	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1710	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,21	173,03	183,41	201,26	201,26	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1711	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1712	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,00	84,24	89,29	103,10	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,09
1713	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2026-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1714	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1715	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	12,24	15,26	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1716	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1717	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1718	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,62
1719	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,38
1720	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	48,65	60,63	60,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	30,32
1721	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,38
1722	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,80	68,90	73,04	85,02	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	46,41
1723	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	10,15	10,76	14,47	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1724	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,90	57,13	60,56	72,08	72,08	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1725	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1726	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1727	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,27	65,09	69,00	80,52	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,53
1728	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991452285	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,30	85,64	90,78	104,78	104,78	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1729	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1730	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991466046	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1731	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991286927	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,40	97,63	103,49	117,49	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	12,41
1732	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	56,50	61,02	64,68	76,20	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,21
1733	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,11	64,92	68,82	80,34	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1734	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05901878600789	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	84,50	91,26	96,74	110,74	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,66
1735	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991264734	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,26	97,48	103,33	117,33	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	12,25
1736	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,50	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,51
1737	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,78
1738	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1739	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,76	68,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1740	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,86	99,86	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1741	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	114,00	123,12	130,51	146,03	144,38	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,63
1742	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,78
1743	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	171,00	184,68	195,76	213,82	213,82	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1744	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,80
1745	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	60,67	72,19	72,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1746	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	105,01	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1747	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2025-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	27,30	29,48	31,26	39,40	39,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,05
1748	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2025-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	52,00	56,16	59,53	70,93	70,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,15
1749	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	14,75	18,86	14,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1750	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,38	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,36
1751	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	18,20	23,64	21,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,72
1752	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,30	16,52	17,52	21,97	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,00
1753	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1754	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1755	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	6,29	8,60	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,06
1756	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	11,65	14,90	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1757	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,58	12,51	13,25	15,85	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
1758	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
1759	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,29	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,20
1760	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,84	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,71
1761	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,32	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
1762	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,82	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
1763	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,88	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
1764	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,97	17,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,91
1765	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,01
1766	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,72	26,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
1767	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1768	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1769	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1770	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85
1771	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05055565743331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	72,66	85,27	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,28
1772	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05055565743348	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	108,98	123,80	123,80	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1773	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05055565743355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	145,31	161,92	161,92	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1774	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05055565743324	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	9,10	12,68	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,36
1775	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1776	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1777	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	143,16	159,77	159,77	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1778	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,55	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1779	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1780	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1781	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,07	135,08	143,18	159,79	159,79	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1782	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,82	8,45	8,99	12,57	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,25
1783	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991384234	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1784	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991384241	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1785	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991384258	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1786	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991384197	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1787	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	85,82	92,69	98,25	112,61	112,61	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	ryczałt	3,20
1788	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	24,67	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,84
1789	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,81	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,50
1790	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	20,39	25,60	19,03	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,77
1791	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	14,19	15,04	20,25	19,03	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,98
1792	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	26,28	28,38	30,09	38,05	38,05	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	2,88
1793	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	53,98	64,83	64,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	2,88
1794	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,01	12,97	13,75	18,57	16,21	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1795	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,20	20,74	21,98	27,19	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,36
1796	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	70,63	57,08	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	16,75
1797	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,49	4,76	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,93
1798	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,60	10,37	10,99	14,07	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,76
1799	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	19,13	20,27	25,48	19,03	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,65
1800	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,42	4,77	5,31	7,08	4,76	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,52
1801	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,85	9,56	10,13	13,21	9,51	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1802	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1803	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1804	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części 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
1805	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,15
1806	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	48,15
1807	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,95
1808	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,90	13,93	14,76	18,61	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1809	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,45	6,97	7,51	9,66	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
1810	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	8,68	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,57
1811	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	16,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,34
1812	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,93	31,68	Jaskra		ryczałt	3,45
1813	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,59	86,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1814	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	30 poj.	04987084320674	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,80	31,10	32,97	41,40	38,01	Jaskra		ryczałt	6,59
1815	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	90 poj.	04987084324894	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	86,40	93,31	98,91	113,34	113,34	Jaskra		ryczałt	9,60
1816	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	26,42	34,02	31,68	Jaskra		ryczałt	5,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1817	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,63	38,01	Jaskra		ryczałt	6,82
1818	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	114,03	114,03	Jaskra		ryczałt	9,60
1819	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,63	28,76	30,49	38,09	31,68	Jaskra		ryczałt	9,61
1820	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,90	83,05	88,03	101,63	95,03	Jaskra		ryczałt	14,60
1821	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2025-10-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,45	32,89	34,86	43,29	38,01	Jaskra		ryczałt	8,48
1822	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,30	99,68	105,67	120,10	114,03	Jaskra		ryczałt	15,67
1823	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	35,08	31,68	Jaskra		ryczałt	6,60
1824	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1825	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,75	27,81	29,48	37,08	31,68	Jaskra		ryczałt	8,60
1826	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00
1827	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,60	95,03	Jaskra		ryczałt	9,57
1828	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,23	86,65	91,84	105,44	95,03	Jaskra		ryczałt	18,41
1829	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	41,14	31,68	Jaskra		ryczałt	12,66
1830	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,40	32,83	34,80	43,23	38,01	Jaskra		ryczałt	8,42
1831	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	91,30	98,60	104,52	118,95	114,03	Jaskra		ryczałt	14,52
1832	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,93	31,68	Jaskra		ryczałt	3,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1833	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,59	86,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1834	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,89	32,28	34,21	41,81	31,68	Jaskra		ryczałt	13,33
1835	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,98	68,02	72,10	85,70	85,70	Jaskra		ryczałt	8,00
1836	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1837	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,90	31,68	Jaskra		ryczałt	8,42
1838	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1839	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,96	65,84	69,79	83,39	83,39	Jaskra		ryczałt	8,00
1840	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,20	30,46	32,28	39,88	31,68	Jaskra		ryczałt	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1841	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,20	67,18	71,20	84,80	84,80	Jaskra		ryczałt	8,00
1842	Latanoprostum + Timololum	Xalofree Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 7,5 ml	05909991567125	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,96	65,84	69,79	83,39	83,39	Jaskra		ryczałt	8,00
1843	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	41,93	31,68	Jaskra		ryczałt	13,45
1844	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,95	77,71	82,37	95,97	95,03	Jaskra		ryczałt	8,94
1845	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990977826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	53,81	64,30	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,88
1846	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,90	89,53	94,90	109,39	109,39	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1847	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,95	89,59	94,96	109,45	109,45	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1848	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990977925	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	92,50	99,90	105,89	120,38	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,35
1849	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	49,23	59,72	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1850	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,51	109,51	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1851	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,50	45,90	48,65	59,14	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,72
1852	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	63,75	68,85	72,99	86,00	86,00	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1853	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	85,00	91,80	97,31	111,80	111,80	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1854	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,86	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,44
1855	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,57	86,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,35
1856	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1857	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,63	102,63	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1858	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1859	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991060718	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,30
1860	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990799923	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,67
1861	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2025-01-01/<2><3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,50	48,06	50,94	61,05	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	9,02
1862	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	90 szt.	05909990710256	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,10	156,10	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1863	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,78
1864	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990794683	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,90	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1865	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	120 szt.	05909991466138	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,55	204,55	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1866	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991466145	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,67
1867	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	540,00	583,20	618,19	645,00	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	98,79
1868	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1196,45	1234,32	1111,63	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	141,89
1869	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	525,46	552,27	552,27	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1870	Leuprorelinum	Lutrate Depot, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 22,5 mg	1 amp.-strzyk.	05909991248956	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	438,00	473,04	501,42	528,23	528,23	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1871	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1872	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	55,16	Padaczka		ryczałt	8,61
1873	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	13,79	Padaczka		ryczałt	8,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1874	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	27,58	Padaczka		ryczałt	7,18
1875	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	41,37	Padaczka		ryczałt	15,51
1876	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	2025-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	81,96	88,52	93,83	105,56	74,52	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	34,24
1877	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,80	55,16	Padaczka		ryczałt	7,20
1878	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,17	27,58	Padaczka		ryczałt	6,79
1879	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2023-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,55	73,55	Padaczka		ryczałt	3,20
1880	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,59	97,59	Padaczka		ryczałt	7,11
1881	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	51,62	Padaczka		ryczałt	3,56
1882	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,56	27,56	Padaczka		ryczałt	3,20
1883	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,56	13,79	Padaczka		ryczałt	3,97
1884	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	51,62	Padaczka		ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1885	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	20,98	27,58	27,58	Padaczka		ryczałt	3,20
1886	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,66	74,66	Padaczka		ryczałt	5,33
1887	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,63	39,63	Padaczka		ryczałt	3,20
1888	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	51,25	Padaczka		ryczałt	3,56
1889	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,46	13,79	Padaczka		ryczałt	3,87
1890	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	20,80	27,40	27,40	Padaczka		ryczałt	3,20
1891	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	31,20	39,37	39,37	Padaczka		ryczałt	3,20
1892	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	2024-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	51,00	55,08	58,38	70,11	70,11	Padaczka		ryczałt	3,20
1893	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	87,33	94,32	99,98	113,63	110,32	Padaczka		ryczałt	10,42
1894	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	55,16	Padaczka		ryczałt	8,04
1895	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	55,16	Padaczka		ryczałt	8,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1896	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,83	23,58	24,99	31,59	27,58	Padaczka		ryczałt	7,21
1897	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	74,98	86,72	82,74	Padaczka		ryczałt	9,31
1898	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	37,50	45,67	41,37	Padaczka		ryczałt	7,50
1899	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	83,20	96,85	96,85	Padaczka		ryczałt	7,11
1900	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,96	44,24	46,89	56,54	55,16	Padaczka		ryczałt	4,94
1901	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,24	11,06	11,72	15,79	13,79	Padaczka		ryczałt	5,20
1902	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	51,25	Padaczka		ryczałt	3,56
1903	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,48	22,12	23,45	30,05	27,58	Padaczka		ryczałt	5,67
1904	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,14	74,14	Padaczka		ryczałt	5,33
1905	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,72	33,18	35,16	43,33	41,37	Padaczka		ryczałt	5,16
1906	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	2025-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	72,40	72,40	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1907	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	86,00	92,88	98,45	112,10	110,32	Padaczka		ryczałt	8,89
1908	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	58,88	55,16	Padaczka		ryczałt	7,28
1909	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,75	11,61	12,31	16,38	13,79	Padaczka		ryczałt	5,79
1910	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	58,88	55,16	Padaczka		ryczałt	7,28
1911	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,50	23,22	24,61	31,21	27,58	Padaczka		ryczałt	6,83
1912	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,25	34,83	36,93	45,10	41,37	Padaczka		ryczałt	6,93
1913	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1914	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,73	37,26	Padaczka		ryczałt	5,67
1915	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,99	59,39	62,95	72,60	55,16	Padaczka		ryczałt	21,00
1916	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	13,79	Padaczka		ryczałt	9,23
1917	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,50	29,70	31,48	38,08	27,58	Padaczka		ryczałt	13,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1918	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2026-04-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	41,37	Padaczka		ryczałt	17,23
1919	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,35	26,30	27,87	33,91	23,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	15,88
1920	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,31	10,05	10,66	13,40	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,59
1921	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	17,62	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,49
1922	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,97	15,09	15,99	19,88	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,17
1923	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,40	30,67	32,51	40,38	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,24
1924	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,93	35,56	37,70	45,57	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	19,43
1925	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,70	31,00	32,85	40,72	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,58
1926	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	18,98	24,54	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,90
1927	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,41	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,15
1928	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,29	23,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1929	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,46	34,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,55
1930	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,16	16,37	17,36	22,92	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,44
1931	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,96	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,83
1932	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,77	23,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,50
1933	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,61	34,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,21
1934	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,86	18,21	19,30	24,86	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,10
1935	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,06	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,84
1936	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,35	34,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,46
1937	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	85,06	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	39,68
1938	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1939	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48
1940	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	85,06	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	39,68
1941	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	26,48	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,44
1942	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	26,48	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,44
1943	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48
1944	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	38,54	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,27
1945	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	56,00	60,48	64,11	73,61	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	28,23
1946	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	14,00	15,12	16,03	20,01	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,97
1947	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	38,54	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1948	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	67,54	78,06	61,18	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	21,32
1949	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	41,21	47,70	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	26,43
1950	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909991569761	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	44,25	47,79	50,66	61,18	61,18	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
1951	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2025-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	12,07	12,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1952	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	12,41	16,90	16,87	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,14
1953	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	6,90	9,48	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,61
1954	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,35	6,86	7,40	10,24	9,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,77
1955	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	15,51	20,76	20,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1956	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	7,89	11,00	10,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,90
1957	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,07	7,64	8,18	11,55	11,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1958	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	16,66	22,67	22,67	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1959	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	8,86	12,51	12,51	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1960	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	10,65	14,76	14,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1961	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	11,63	16,12	16,12	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1962	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	8,09	9,61	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,59
1963	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	5,94	6,92	2,11	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,92
1964	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	11,25	13,83	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,96
1965	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	6,24	7,76	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,74
1966	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	11,71	15,36	12,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,04
1967	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	6,80	8,85	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,72
1968	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,04	6,52	7,06	9,38	7,42	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,16
1969	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	8,63	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,76
1970	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	6,99	10,10	10,10	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1971	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	8,42	12,07	12,07	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1972	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	5,72	7,24	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1973	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	5,51	7,56	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,43
1974	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	7,83	9,76	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,01
1975	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2025-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,22	9,96	10,55	13,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,47
1976	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,86	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1977	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	4,19	5,38	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,38
1978	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	11,95	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,20
1979	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,68
1980	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	19,89	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,40
1981	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,80	6,26	6,80	7,99	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,99
1982	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	8,40	8,94	10,77	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42
1983	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,92	13,95	14,80	18,01	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,88
1984	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,30	5,72	6,26	7,40	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
1985	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	7,34	7,88	9,71	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,36
1986	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,52	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,39
1987	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,35	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1988	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	15,89	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,14
1989	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,60	20,09	21,30	24,71	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,22
1990	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,70	18,04	19,12	22,53	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,04
1991	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	13,28	15,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,21
1992	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	19,01	22,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	15,24
1993	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	17,86	21,07	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	14,35
1994	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2025-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1995	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2024-04-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	5,70	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,67
1996	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	9,85	13,76	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,31
1997	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	11,90	12,61	16,50	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,79
1998	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,04	23,80	25,23	31,59	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	14,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1999	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,10	37,91	40,19	48,06	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	21,92
2000	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	12,82	16,71	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,20
2001	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	25,35	31,71	24,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,85
2002	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	38,12	45,99	37,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	17,87
2003	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	17,06	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,52
2004	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,61	14,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,08
2005	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,71	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,89
2006	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,19
2007	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,19
2008	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2009	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990638659	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
2010	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990818914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,31
2011	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990649112	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
2012	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909990649129	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,54	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
2013	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,89	10,68	11,32	14,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,72
2014	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
2015	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,36	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,30
2016	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,23	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,65
2017	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2018	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2019	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2020	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2021	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2022	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2023	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2024	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2025	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,31
2026	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,31
2027	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,63	20,12	21,33	26,79	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,74
2028	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,94	30,18	31,99	39,05	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2029	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,56
2030	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,61	20,10	21,31	26,77	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,72
2031	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,61
2032	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,58	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,45
2033	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,88	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,82
2034	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,74	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,05
2035	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,14	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
2036	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991560768	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2037	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991560775	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2038	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991560782	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2039	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	123,37	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	95,77
2040	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	126,42	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	71,22
2041	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	130,42	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	20,02
2042	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05901720141217	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,30	19,76	20,95	27,55	27,55	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2043	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05901720141224	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	36,68	39,61	41,99	51,64	51,64	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2044	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05901720141231	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	73,36	79,23	83,98	97,63	97,63	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2045	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	09008732018684	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2046	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	09008732018707	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	36,68	39,61	41,99	51,64	51,64	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2047	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	09008732018721	2026-04-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	73,36	79,23	83,98	97,63	97,63	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2048	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991576431	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2049	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991576448	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2050	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991576455	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2051	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05903060631908	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2052	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05903060631915	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2053	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05903060631922	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2054	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	6,52	10,07	10,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2055	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2025-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2056	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2024-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	113,00	122,04	129,36	144,99	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,91
2057	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2058	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2059	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2025-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,76
2060	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	18,75	20,25	21,47	28,51	28,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,83
2061	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,30	7,88	8,42	11,67	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
2062	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,50	10,26	10,88	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2063	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,70	9,40	9,96	13,21	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11
2064	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,73
2065	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,64
2066	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2026-01-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	92,00	99,36	105,32	120,04	120,04	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2067	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1143,00	1234,44	1308,51	1349,81	1230,60	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	122,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2068	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	571,00	616,68	653,68	682,85	615,31	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	70,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2069	Menotropinum	Mensinorm Set, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	157,98	174,76	153,83	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	24,13
2070	Menotropinum	Mensinorm Set, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	78,99	91,77	76,91	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	18,06
2071	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2072	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2073	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,28	39,56	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	8,93
2074	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,63	34,16	36,21	45,07	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,29
2075	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,30	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,53
2076	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	62,50	67,50	71,55	84,21	84,21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2077	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2025-01-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	30,00	21,20	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,80
2078	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	47,78	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,73
2079	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	2025-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	124,40	134,35	142,41	154,59	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	78,66
2080	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	121,35	131,06	138,92	151,06	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,66
2081	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	141,28	152,58	161,74	175,20	89,95	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2082	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	71,00	76,68	81,28	89,59	36,38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,41
2083	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2026-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,93	313,12	331,92	349,38	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	178,01
2084	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2024-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,31	312,45	331,20	348,66	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	177,29
2085	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	118,05	127,49	135,14	147,28	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,88
2086	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	116,86	126,21	133,78	149,92	149,92	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2087	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2088	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,43	63,10	66,90	79,04	74,96	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,64
2089	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	44,92	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,73
2090	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	113,19	122,25	129,58	145,51	145,51	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2091	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	2025-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	123,50	133,38	141,38	154,04	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	72,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2092	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2025-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	71,64	77,37	82,02	90,88	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,69
2093	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	37,86	40,89	43,34	51,81	37,48	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,53
2094	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	5,94	8,46	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,54
2095	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	9,96	14,37	14,37	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2096	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	13,91	19,79	19,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2097	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	3,13	4,61	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,75
2098	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	5,24	7,76	7,76	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2099	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	7,11	10,66	10,66	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2100	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	4,86	7,07	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,37
2101	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	8,64	12,60	12,60	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2102	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2103	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,32	12,23	12,96	15,48	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,56
2104	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,86	25,77	27,31	31,72	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,69
2105	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	28,11	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,08
2106	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,29	6,79	7,33	8,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,95
2107	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,91	12,86	13,63	16,15	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,23
2108	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,64	16,89	17,91	21,46	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,49
2109	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,97	9,69	10,27	12,27	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,38
2110	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,42	18,81	19,95	23,50	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,53
2111	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12
2112	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2113	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2114	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2115	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,19
2116	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2117	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,03
2118	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,94
2119	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,61
2120	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2121	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2122	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2123	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,87
2124	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,37
2125	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,39
2126	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,54
2127	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,78
2128	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,68
2129	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,13
2130	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2131	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,97
2132	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	5,28	7,49	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2133	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	10,07	14,03	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,43
2134	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	15,45	20,67	20,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2135	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,50	30,78	32,63	37,04	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,01
2136	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	7,94	9,42	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,56
2137	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,25	15,39	16,32	18,84	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,92
2138	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	11,77	13,77	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,88
2139	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,37	23,08	24,46	28,01	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,04
2140	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2141	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	22,90	29,90	29,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2142	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	6,25	8,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,85
2143	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	10,15	10,76	15,17	15,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2144	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,26	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,23
2145	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,73	23,73	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2146	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,46
2147	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,67
2148	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,15
2149	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,46
2150	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	8,03	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2151	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	15,05	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,01
2152	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,86	20,69	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,73
2153	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,65	11,50	12,19	14,71	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,79
2154	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,30	23,00	24,39	28,80	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,77
2155	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,79	7,33	7,87	9,35	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,49
2156	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,58	14,67	15,54	18,06	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,14
2157	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,37	22,00	23,32	26,87	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,90
2158	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,25	8,91	9,45	11,45	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,56
2159	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,50	17,82	18,89	22,44	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,47
2160	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	4,91	7,43	7,43	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2161	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	2,88	4,36	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2162	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	4,26	6,47	6,47	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2163	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,12	21,73	23,04	30,04	30,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2164	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2165	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,06	10,86	11,51	15,92	15,92	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2166	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,09	16,30	17,28	23,16	23,16	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2167	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	08595566455996	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,53	2,73	3,27	4,75	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2168	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	08595566456023	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2169	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	08595566456177	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,10	18,47	19,58	26,04	26,04	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2170	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	08595566456139	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,55	9,23	9,78	13,74	13,74	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2171	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	08595566456146	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,83	13,86	14,69	19,91	19,91	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2172	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2173	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03
2174	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2175	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,70	30,70	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2176	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,66	23,66	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2177	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,27	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,24
2178	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,48	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,51
2179	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,68	26,68	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2180	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,39	20,39	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2181	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,39	32,46	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	28,33
2182	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,45
2183	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,17	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2184	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,95
2185	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,42	24,35	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	21,87
2186	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,92	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,03
2187	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,77	11,63	12,33	14,85	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,93
2188	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,54	23,26	24,66	29,07	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,04
2189	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,35	5,78	6,32	7,80	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,94
2190	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,70	11,56	12,25	14,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,85
2191	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,07	8,72	9,26	11,26	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,37
2192	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,14	17,43	18,48	22,03	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,06
2193	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2194	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2195	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2196	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	16,23	22,11	22,11	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2197	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2198	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	3,09	4,57	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,71
2199	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25
2200	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	8,20	11,75	11,75	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2201	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	18,39	24,85	24,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2202	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	4,88	7,09	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,39
2203	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	9,21	13,17	13,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2204	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	13,79	19,01	19,01	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2205	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2206	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,20	18,58	19,69	24,10	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,07
2207	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,30	4,64	5,18	6,66	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,80
2208	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45
2209	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,45	6,97	7,51	9,51	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,62
2210	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,90	13,93	14,76	18,31	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,34
2211	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,25	4,59	5,13	6,18	2,30	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	6,18
2212	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,98	22,98	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2213	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,55	4,91	5,45	7,11	4,60	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	5,71
2214	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	17,49	23,31	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2215	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	89,09	89,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2216	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,29	116,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2217	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,71	169,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2218	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,54	222,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2219	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,90	274,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2220	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	306,54	327,29	327,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2221	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	229,87	248,69	248,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2222	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2223	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	382,94	405,61	405,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2224	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	459,72	484,31	484,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2225	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	536,11	562,63	562,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2226	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,42	641,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2227	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	689,29	719,66	719,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2228	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	766,22	798,06	798,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2229	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	842,45	875,69	875,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2230	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	919,46	954,10	954,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2231	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	81,44	87,96	93,24	107,35	107,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2232	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	122,16	131,93	139,85	156,30	156,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2233	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	162,88	175,91	186,46	204,64	204,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2234	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,71	18,05	19,13	24,95	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,84
2235	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,28	24,06	25,51	32,46	31,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,58
2236	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,85	30,08	31,88	39,70	38,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,05
2237	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,42	36,09	38,26	46,96	46,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,54
2238	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	38,99	42,11	44,64	54,17	54,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2239	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,56	48,12	51,01	61,12	61,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2240	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,13	54,14	57,39	68,09	68,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2241	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,70	60,16	63,76	75,04	75,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2242	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,84	72,19	76,52	88,97	88,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2243	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,60	71,93	76,25	88,70	88,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2244	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	88,80	95,90	101,66	115,77	115,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2245	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,20	143,86	152,49	168,94	168,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2246	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	177,60	191,81	203,32	221,50	221,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2247	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	222,00	239,76	254,15	273,61	273,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2248	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	266,40	287,71	304,97	325,72	325,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2249	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,20	143,86	152,49	168,94	168,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2250	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	177,60	191,81	203,32	221,50	221,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2251	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	266,40	287,71	304,97	325,72	325,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2252	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	355,20	383,62	406,63	429,94	429,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2253	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	444,00	479,52	508,29	534,17	534,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2254	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	532,80	575,42	609,95	638,39	638,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2255	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	372,93	396,24	396,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2256	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	466,16	492,04	492,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2257	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	559,40	587,84	587,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2258	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	95,59	109,70	109,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2259	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	128,10	138,35	146,65	163,10	163,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2260	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,00	189,00	200,34	218,52	218,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2261	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	220,50	238,14	252,43	271,89	271,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2262	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	70,41	82,86	82,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2263	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2026-04-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2264	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2.5 mg	100 szt.	05909991303570	2026-04-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	17,10	18,47	19,58	25,75	22,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,28
2265	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2266	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,61	106,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2267	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	368,02	368,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2268	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,90	130,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2269	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,84	440,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2270	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,20	155,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2271	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	510,00	510,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2272	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,41	179,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2273	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,44	583,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2274	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,18	203,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2275	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,59	725,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2276	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,71	250,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2277	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,48	863,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2278	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2279	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	207,21	226,03	226,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2280	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	69,38	81,83	81,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2281	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991537722	2026-04-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,57	29,78	31,56	39,75	39,75	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2282	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991459857	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2283	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462260	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2284	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462253	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2285	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991456658	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2286	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991451691	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2287	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991520793	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2288	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991481384	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2289	Methyldopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909990156511	2025-01-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	36,80	39,74	42,13	50,32	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	22,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2290	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909991495817	2026-04-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	33,29	35,95	38,11	47,28	47,28	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2291	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 27 mg	30 szt.	05909991495831	2026-04-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	49,94	53,94	57,18	68,35	68,35	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2292	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909991495879	2026-04-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	66,59	71,92	76,24	89,31	89,31	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,84
2293	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 45 mg	30 szt.	05909991531140	2026-04-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	83,24	89,90	95,29	109,51	109,51	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	4,80
2294	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 54 mg	30 szt.	05909991495886	2026-04-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	99,89	107,88	114,35	129,52	129,52	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	5,76
2295	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	38,92	48,09	48,09	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2296	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	73,27	86,34	86,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,84
2297	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	21,18	27,81	27,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2298	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2299	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,25	9,99	10,59	14,69	13,91	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,98
2300	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	27,50	29,70	31,48	38,11	27,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	13,50
2301	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	54,50	58,86	62,39	72,08	55,62	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	19,66
2302	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,00	77,76	82,43	94,23	83,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	14,00
2303	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	94,50	102,06	108,18	121,87	111,24	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	14,90
2304	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2305	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,68	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2306	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	30,00	32,40	34,34	44,12	44,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2307	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2308	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	25,96	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2309	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2310	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2024-07-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	12,98	17,68	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,43
2311	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	25,97	33,32	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2312	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	7,00	9,72	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,59
2313	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	10,71	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2314	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	7,58	4,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,75
2315	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2316	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,91	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2317	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,17	27,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,33
2318	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,32	29,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,92
2319	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,85	49,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,46
2320	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,66
2321	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,86	26,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,25
2322	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	19,04	19,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,14
2323	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2024-07-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,72	27,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,49
2324	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2025-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,95
2325	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2025-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,90	26,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,07
2326	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2025-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,56	49,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,87
2327	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,49	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,55
2328	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,87	28,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2329	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2024-04-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,22
2330	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	<1>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat); <2>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u dorosłych;		ryczałt	69,03
2331	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2332	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03
2333	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03
2334	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2 ml	4 strzykawki doustne	05909991500269	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	<1>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat); <2>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u dorosłych;		ryczałt	3,20
2335	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500207	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2336	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 strzykawki doustne	05909991500221	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2337	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500245	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2338	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2339	Mieszanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991524593	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	365,62	354,17	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw		30%	117,70
2340	Mieszanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991524609	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	290,00	313,20	331,99	354,17	354,17	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw		30%	106,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2341	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210	<1>2026-04-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E);		30%	96,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2342	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227	<1>2026-04-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E);		30%	96,81
2343	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,00	16,20	17,17	22,06	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,02
2344	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2345	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991443856	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	414,00	447,12	473,95	500,03	500,03	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z kataplekską potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	150,01
2346	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991443849	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	132,00	142,56	151,11	167,67	150,01	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z kataplekską potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	62,66
2347	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	2024-10-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,60	12,53	13,28	17,46	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91
2348	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2024-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	12,41	17,12	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,77
2349	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,85	11,72	12,42	16,60	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05
2350	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	22,75	24,57	26,05	33,41	33,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
2351	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2025-10-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	20,00	21,60	22,90	30,00	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,00
2352	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	14,00	15,12	16,03	20,74	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,39
2353	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2023-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,50	11,34	12,02	16,51	15,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71
2354	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2024-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,46	12,38	13,12	17,83	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
2355	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2356	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688	2026-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2357	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2024-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	21,87	28,60	28,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,30
2358	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990670758	2026-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2359	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,12	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,70
2360	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2361	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	14,53	15,40	18,92	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,67
2362	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,71	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,03
2363	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2364	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	15,85	19,37	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2365	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,63	19,04	20,19	26,02	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,68
2366	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,39	10,14	10,75	13,65	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2367	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,95	12,91	13,68	17,20	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2368	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,32	21,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,40
2369	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	5,41	5,84	6,38	9,28	9,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	2,78
2370	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,77	7,31	7,85	11,37	11,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,41
2371	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	17,34	23,17	23,17	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,95
2372	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,55	22,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,77
2373	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01
2374	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,45	15,61	16,55	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2375	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,95	49,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,99
2376	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2377	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,09	9,82	10,41	13,93	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,75
2378	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,40	18,79	19,92	25,75	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2379	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,60	7,13	7,67	10,57	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,03
2380	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2026-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,04	8,68	9,22	12,74	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,56
2381	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	20,61	26,44	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,10
2382	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24
2383	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,99	12,95	13,73	17,25	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,07
2384	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,40	16,63	17,63	23,46	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,12
2385	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,40	6,91	7,45	10,35	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2386	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,00	8,64	9,18	12,70	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,52
2387	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,87
2388	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,67
2389	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,85
2390	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
2391	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2392	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2393	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,11
2394	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,91
2395	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2396	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2397	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,79
2398	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
2399	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2400	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2401	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
2402	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,20
2403	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,26
2404	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,86
2405	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,80
2406	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2407	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,31
2408	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,11
2409	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
2410	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,00
2411	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2026-01-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,80	18,14	19,23	25,49	25,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,65
2412	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2026-01-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,80	18,14	19,23	25,49	25,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2413	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2414	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2415	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,93	110,77	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2416	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2417	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2418	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2419	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2420	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1><2><4>2025-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>2 lata 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	74,41	86,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	10,64
2421	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2422	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2423	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	14,73	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,08
2424	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	42,23	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2425	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	62,70	67,72	71,78	80,45	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2426	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	79,80	86,18	91,36	101,45	57,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	46,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2427	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	119,70	129,28	137,03	149,44	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	65,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2428	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	188,10	115,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	75,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2429	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	182,63	197,24	209,08	225,49	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	55,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2430	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	245,60	265,25	281,17	299,32	231,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	73,17
2431	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2025-01-01	3 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	192,00	207,36	219,80	238,89	238,89	Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonista opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2432	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	15,44	19,89	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,73
2433	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	29,42	31,18	38,22	31,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,05
2434	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,23	7,81	8,35	10,90	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,92
2435	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,75	22,41	23,76	29,70	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
2436	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,49	15,65	16,59	21,04	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,07
2437	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2438	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	17,68	13,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2439	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2440	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2026-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,90	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,74
2441	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	5,78	6,32	8,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
2442	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,70	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2443	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	9,18	12,03	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
2444	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
2445	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,07	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2446	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,48	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2447	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,43	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,23
2448	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,89	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,82
2449	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	7,91	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,99
2450	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	14,92	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,08
2451	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,94	16,14	17,11	21,85	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,09
2452	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,88	32,27	34,20	41,60	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
2453	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,63	10,40	11,03	14,63	12,60	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2454	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2455	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2456	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2457	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2458	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,15	15,28	16,20	22,10	22,10	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2459	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	2025-10-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,15	15,28	16,20	22,10	22,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2460	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2461	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2462	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	8,92	10,66	4,58	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,28
2463	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	13,61	16,29	7,93	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,56
2464	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2025-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2465	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2025-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	10,84	14,31	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,23
2466	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2467	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2024-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	18,32	24,39	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2468	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	8,70	12,17	12,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2469	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,22	16,44	17,42	23,18	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2470	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,44	32,88	34,85	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2471	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,43	12,34	13,09	16,56	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,73
2472	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,98	18,34	19,44	25,20	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,95
2473	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	13,94	17,41	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2474	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	13,19	16,66	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
2475	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,95	11,83	12,54	16,01	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,93
2476	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	2025-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,06	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,98
2477	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2026-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,90	9,61	10,18	13,65	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,57
2478	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	17,40	23,16	23,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2479	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2026-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,62	8,23	8,77	12,24	12,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2480	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2481	Nebivololum	Nebivolol Medreg, tabl., 5 mg	28 szt.	08595566454210	2026-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2482	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	32,63	40,70	40,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2483	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	9,73	13,41	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,45
2484	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,40	15,55	16,48	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2485	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,80	31,10	32,97	41,59	41,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2486	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	14,97	18,44	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2487	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2025-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,70	12,64	13,39	18,19	18,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,10
2488	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	4,37	5,97	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,51
2489	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	8,21	10,96	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,84
2490	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	6,16	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,20
2491	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	12,00	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2492	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,80	18,14	19,23	23,63	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,30
2493	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	40,00	43,20	45,79	53,70	30,61	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,29
2494	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	30,00	32,40	34,34	39,50	15,30	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2495	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,80	612,24	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części 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	14,76
2496	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,45	1224,49	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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	9,16
2497	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,73	1836,73	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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
2498	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,20	55,30	58,61	72,30	72,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2499	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2500	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,84	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,47
2501	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,22
2502	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,50	144,18	152,83	170,20	170,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2503	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,32	170,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2504	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,81	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2505	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,60	37,37	39,61	49,00	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,92
2506	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2507	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,40	63,07	66,85	80,22	80,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2508	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,50	63,18	66,97	80,34	80,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2509	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,31	231,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2510	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	91,36	106,75	106,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2511	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	121,80	139,17	139,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2512	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,20	31,54	33,43	42,82	42,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2513	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,25	31,59	33,49	42,88	42,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2514	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,54	91,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2515	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,61	47,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,92
2516	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	88,57	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,34
2517	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	88,57	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,34
2518	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,57	296,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2519	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	244,00	263,52	279,33	300,00	300,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2520	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2521	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	44,28	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,75
2522	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,33	154,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23
2523	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,08	130,77	138,61	154,99	154,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2524	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,17
2525	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,17
2526	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2527	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,75
2528	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	43,38	56,75	56,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2529	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,85	61,40	65,08	80,47	80,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2530	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	21,70	31,09	31,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2531	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,80	77,54	82,20	95,57	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,20
2532	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	125,01	140,40	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,03
2533	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2534	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,90	38,77	41,09	50,48	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,40
2535	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2536	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2537	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	30,46	39,85	39,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2538	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,30	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,93
2539	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,80
2540	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2541	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2542	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2543	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	121,17	121,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2544	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	158,41	158,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2545	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,57
2546	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,64	86,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2547	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,42
2548	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,99	349,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2549	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	313,90	336,28	336,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2550	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,45
2551	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,52	94,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,83
2552	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,04	156,64	166,04	183,41	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,25
2553	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,62	189,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,24
2554	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,91	284,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,83
2555	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991530945	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,50	111,78	118,49	133,88	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,51
2556	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991530969	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,00	149,04	157,98	175,35	175,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2557	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,49	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2558	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	156,96	174,68	174,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2559	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,61	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,58
2560	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,76	47,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,51
2561	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,52	78,32	83,02	96,39	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,02
2562	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,64	94,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,95
2563	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,23	142,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,69
2564	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,60	88,57	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,81
2565	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	46,82	60,19	60,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2566	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	47,41	50,25	63,62	63,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2567	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,33	76,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2568	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	88,57	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,55
2569	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	88,57	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,55
2570	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,84	221,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,01
2571	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,84	221,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,01
2572	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	117,27	132,66	132,66	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,03
2573	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,72	327,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2574	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	156,34	173,71	173,71	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2575	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	408,68	432,62	432,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,44
2576	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	34,46	34,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2577	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,95	23,71	25,13	34,52	34,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2578	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,66
2579	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,66
2580	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	110,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2581	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	110,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2582	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,11	379,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,01
2583	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	94,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,94
2584	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	94,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,94
2585	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,21	284,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,92
2586	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,92	142,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,14
2587	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	402,34	425,89	425,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2588	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,54	189,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,84
2589	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	536,46	563,51	563,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2590	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,58	189,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2591	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	52,08	47,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,05
2592	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,88	47,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,47
2593	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,38	142,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,16
2594	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,40	71,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,69
2595	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,64	354,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,00
2596	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,95	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,22
2597	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,40	265,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,19
2598	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,94	526,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2599	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,76	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,85
2600	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,59	398,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,93
2601	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,24	698,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,50
2602	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,53	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,63
2603	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,77	529,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2604	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,31	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,83
2605	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,17	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,98
2606	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,30	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,64
2607	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,45	94,89	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2608	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	262,72	282,77	282,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2609	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,78	142,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,92
2610	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	397,19	420,74	420,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2611	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,18	189,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,82
2612	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	533,70	560,75	560,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2613	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,24	47,45	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,29
2614	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,27	142,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,06
2615	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,75	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,34
2616	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2617	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,32	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,56
2618	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,42	265,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,91
2619	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,54	177,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,64
2620	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,10	354,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,61
2621	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,50	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,68
2622	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,79	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,48
2623	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	80,06	80,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2624	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,59	145,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2625	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,36	42,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2626	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	88,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,45
2627	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,74	112,04	118,76	134,15	132,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,20
2628	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,32	149,39	158,35	175,72	175,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2629	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,58	37,35	39,58	48,97	44,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,10
2630	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	420,28	453,90	481,14	507,54	507,51	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,23
2631	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	605,60	654,05	693,30	725,02	725,02	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2632	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	817,60	883,01	935,99	972,56	972,56	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2633	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2026-01-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	128,99	139,31	147,67	160,26	83,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	101,47
2634	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2026-01-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	124,31	134,25	142,31	154,90	83,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	96,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2635	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	8,10	11,95	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2636	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,43	14,50	15,38	19,23	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,01
2637	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,00	19,44	20,61	26,91	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,46
2638	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	32,28	41,55	41,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,78
2639	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,50	11,34	12,02	15,87	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,65
2640	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,00	22,68	24,04	30,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,89
2641	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	8,64	12,49	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,27
2642	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,90	6,37	6,91	9,06	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,95
2643	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,62	13,63	14,45	18,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,08
2644	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	46,99	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	26,98
2645	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,31	20,85	22,11	28,41	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2646	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,28	4,62	5,16	9,21	9,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,61
2647	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	7,00	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,43
2648	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	19,77	19,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,89
2649	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,95	16,15	17,12	20,97	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,75
2650	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,90	24,73	26,21	32,51	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,06
2651	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	14,88	18,73	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,51
2652	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	5,72	9,57	9,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,79
2653	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	15,48	15,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,74
2654	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	12,51	16,36	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,14
2655	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2656	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2657	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	25,90	27,97	29,65	38,58	38,58	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2658	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2024-07-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	2,88
2659	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75
2660	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2661	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2662	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,06	22,14	Padaczka		ryczałt	6,12
2663	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,90	44,29	Padaczka		ryczałt	5,81
2664	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	Padaczka		ryczałt	3,20
2665	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2026-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,69	38,55	40,86	49,98	44,29	Padaczka		ryczałt	8,89
2666	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2026-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	96,57	88,57	Padaczka		ryczałt	11,20
2667	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,25	38,07	40,36	49,48	44,29	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2668	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2025-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	71,87	84,51	84,51	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2669	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,49	76,13	80,70	93,71	88,57	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,34
2670	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2025-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	14,60	15,77	16,72	21,41	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
2671	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,37	8,83	Stwardnienie rozsiane		30%	3,19
2672	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,65	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	5,30
2673	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	13,34
2674	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,34
2675	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,76
2676	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,76
2677	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	24,67
2678	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,67
2679	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,98
2680	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,98
2681	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	37,60
2682	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	37,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2683	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,04
2684	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,04
2685	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,15
2686	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,15
2687	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,28
2688	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,28
2689	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,48
2690	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,48
2691	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,83
2692	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2693	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,72
2694	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,72
2695	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,70	63,40	67,20	79,21	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	11,77
2696	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,70	63,40	67,20	79,21	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,77
2697	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,45	134,41	142,47	158,48	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	20,61
2698	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,45	134,41	142,47	158,48	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,61
2699	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,75	17,01	18,04	23,59	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2700	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,75	17,01	18,04	23,59	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,13
2701	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,15	279,88	296,68	316,94	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	41,21
2702	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,15	279,88	296,68	316,94	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,21
2703	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,80	73,22	77,62	90,75	82,19	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	8,56
2704	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	137,00	147,96	156,84	173,97	164,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,60
2705	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	274,00	295,92	313,68	335,18	328,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,44
2706	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,90	36,61	38,80	48,01	41,09	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,92
2707	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	34,69	43,90	41,09	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,81
2708	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	69,38	82,51	82,19	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,32
2709	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	138,75	155,88	155,88	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2710	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	19,58	25,83	20,55	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	5,28
2711	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	72,69	78,51	83,21	96,34	82,19	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	14,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2712	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	134,24	144,98	153,67	170,80	164,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,43
2713	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	268,38	289,85	307,24	328,74	328,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2714	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,56	36,24	38,42	47,63	41,09	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	6,54
2715	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2026-04-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,83	485,83	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2716	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2026-04-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,43	729,43	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2717	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2026-04-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,30	365,30	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2718	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1108,78	1197,48	1269,33	1311,22	1280,99	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	30,23
2719	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1475,56	1593,60	1689,22	1739,07	1704,73	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	34,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2720	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	2213,33	2390,40	2533,82	2599,66	2557,10	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	42,56
2721	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	468,00	505,44	535,77	561,39	487,07	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	74,32
2722	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	714,00	771,12	817,39	848,95	730,60	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	118,35
2723	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	351,00	379,08	401,82	424,30	365,30	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	59,00
2724	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	13,09
2725	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2726	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,39	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,45
2727	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,84	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,26
2728	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	18,54	24,84	24,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2729	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,09	3,34	3,88	5,18	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,63
2730	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	37,09	46,36	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,86
2731	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,01	6,49	7,03	9,18	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,07
2732	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,02	3,26	3,80	5,10	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,55
2733	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,04	6,52	7,06	9,21	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,10
2734	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,60	6,05	6,59	8,74	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,63
2735	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,20	12,10	12,82	16,67	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,45
2736	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,24	4,58	5,12	7,27	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,16
2737	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	9,71	13,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,34
2738	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	10,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,90
2739	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,36	14,43	15,29	19,14	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2740	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,00	5,40	5,94	8,09	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,98
2741	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,00	10,80	11,45	15,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,08
2742	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,13	15,26	16,18	21,53	20,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,53
2743	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,26	30,52	32,36	40,49	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,48
2744	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,60	12,53	13,28	17,13	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,91
2745	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,88	6,35	6,89	9,04	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2746	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	17,32	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,10
2747	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,20	25,06	26,56	32,86	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,41
2748	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	4,86	7,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,90
2749	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,75	9,45	10,02	13,87	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,65
2750	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	13,03	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2751	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,50	18,90	20,03	26,33	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,88
2752	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	4,27	6,42	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,31
2753	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2754	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	6,00	8,15	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,04
2755	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	11,62	15,47	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,25
2756	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,25	4,59	5,13	7,28	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,17
2757	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,35	9,02	9,56	13,41	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,19
2758	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,50	9,18	9,73	13,58	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,36
2759	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	5,08	7,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2760	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	9,50	13,35	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,13
2761	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	4,75	6,90	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2762	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2763	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2764	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	15,82	22,12	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,06
2765	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	7,88	10,03	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2766	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,81	9,51	10,09	13,94	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,72
2767	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	15,57	19,42	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,20
2768	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	6,32	8,47	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,36
2769	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,10	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,88
2770	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,75	12,69	13,46	17,67	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,01
2771	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990425877	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,00	14,04	14,88	19,09	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
2772	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990425884	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	26,00	28,08	29,76	36,52	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2773	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991323615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,71	13,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
2774	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991323646	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73
2775	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	27,66	29,87	31,67	40,63	40,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,19
2776	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,94	13,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,18
2777	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,32	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2778	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,98	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,66
2779	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,40	13,39	14,19	18,40	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,74
2780	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,50	11,34	12,02	16,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,57
2781	Patiromerum	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459	2026-04-01	1 rok 3 miesiące	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemi	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
2782	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2026-04-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Choroba Wilsona		ryczałt	2,88
2783	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	6,90	7,45	7,99	11,43	11,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2784	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2026-04-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	13,80	14,90	15,80	21,52	21,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2785	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,00	2,16	2,70	3,65	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2786	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2026-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,80	3,02	3,56	5,26	5,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2787	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2026-04-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,35	3,62	4,16	6,11	6,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2788	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2025-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	8,97	9,69	10,27	13,71	12,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,93
2789	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,51	2,71	3,25	4,20	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,79
2790	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,48	4,84	5,38	7,33	6,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,02
2791	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	19,83	21,02	24,43	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,94
2792	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	19,83	21,02	24,43	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,94
2793	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	9,91	10,51	12,44	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,69
2794	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	9,91	10,51	12,44	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,69
2795	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,82
2796	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,20	6,70	7,24	8,43	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,43
2797	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	16,12	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2798	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	13,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,41
2799	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,94
2800	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,22	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,52
2801	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2802	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2803	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	12,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,66
2804	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2805	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2806	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2807	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2808	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2809	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2810	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09
2811	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2812	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2026-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2813	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2025-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2814	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	35,20	34,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,53
2815	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2816	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,69	27,75	29,41	37,27	37,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2817	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	14,12	19,10	19,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2818	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	2024-04-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Padaczka		ryczałt	2,88
2819	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2024-04-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	46,74	56,86	56,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2820	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	21,32	27,77	23,55	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
2821	Pitolisantum	Wakix, tabl. powl., 18 mg	30 szt.	03760254600377	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z kataplekską potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2822	Pitolisantum	Wakix, tabl. powl., 4.5 mg	30 szt.	03760254600360	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z kataplekską potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2823	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2824	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2825	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,79	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba 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
2826	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2827	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,79	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2828	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	17,40	18,79	19,92	26,28	23,08	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	10,12
2829	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.05 mg	30 szt.	05909991238582	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,60	46,01	48,77	59,03	56,52	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	19,47
2830	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.57 mg	30 szt.	05909991238629	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	25,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2831	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	85,20	92,02	97,53	111,79	111,79	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off")		30%	33,54
2832	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	10,18	13,13	9,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,24
2833	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2834	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
2835	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2836	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,54
2837	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,60
2838	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2839	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,91
2840	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,80
2841	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,96
2842	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,88
2843	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,08
2844	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,54
2845	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2846	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,13
2847	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08
2848	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2849	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2850	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2851	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2852	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,98
2853	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,65
2854	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2855	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2856	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2857	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2858	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2859	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
2860	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,41
2861	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,08
2862	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,87
2863	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2864	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,97
2865	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64
2866	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2867	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2868	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,67
2869	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2870	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,30	18,68	19,81	26,45	24,72	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2871	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,88	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2872	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,60	83,81	88,84	102,55	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,87
2873	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,80	84,02	89,07	102,78	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,10
2874	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	9,70	10,48	11,10	15,21	12,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2875	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,29	49,44	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2876	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	91,26	105,27	105,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2877	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	45,63	55,64	52,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,28
2878	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	27,48	38,61	38,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2879	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	33,20	46,91	46,91	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2880	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	41,21	56,34	56,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2881	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,44	14,52	15,39	22,03	22,03	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2882	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	21,75	31,46	31,46	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2883	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	97,25	105,03	111,34	126,11	123,60	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,24
2884	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	48,63	52,52	55,67	66,44	61,80	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,84
2885	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	49,30	53,24	56,44	67,61	67,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2886	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2887	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	48,00	51,84	54,95	62,69	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,85
2888	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	96,00	103,68	109,90	121,07	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	53,79
2889	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	81,60	88,13	93,42	104,59	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,96
2890	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	24,00	25,92	27,48	32,51	17,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,75
2891	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2024-04-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	12,90	13,93	14,76	16,71	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,30
2892	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	29,00	31,32	33,20	40,94	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2893	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	34,34	42,08	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2894	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	37,40	40,39	42,81	52,55	51,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,57
2895	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,75	8,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2896	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,46	2,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,91
2897	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,88
2898	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2025-01-01	5 lat	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	125,00	135,00	143,10	159,71	159,71	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2899	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	Miastenia		ryczałt	4,80
2900	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,04
2901	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	34,92	44,38	44,38	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2902	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	70,98	84,44	84,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2903	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,25	5,65	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,80
2904	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	106,47	121,93	121,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2905	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,58	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2906	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,36	125,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2907	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,28	166,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2908	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,59	38,44	40,75	50,21	45,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,19
2909	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	75,82	80,36	93,82	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,58
2910	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	135,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2911	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,99	56,15	59,52	70,98	67,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,35
2912	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,32	74,87	79,36	92,82	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2913	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,98	112,30	119,04	134,50	134,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2914	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,64	149,73	158,72	176,18	176,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2915	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	19,86	26,31	22,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,90
2916	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,00	63,72	67,54	79,67	75,37	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,50
2917	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990081233	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	51,47	45,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,45
2918	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,50	126,90	134,51	150,64	150,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,33
2919	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990081196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,50	77,22	81,85	95,31	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,07
2920	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	26,59	18,84	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,95
2921	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,85	112,16	118,89	134,35	134,35	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2922	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,56	45,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2923	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,75	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,96
2924	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	6,48	8,68	5,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,61
2925	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,05	36,77	38,98	48,44	45,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,42
2926	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,10	73,55	77,97	91,43	90,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,19
2927	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,92	5,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,47
2928	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,15	110,32	116,94	132,40	132,40	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2929	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,24	55,34	58,65	70,11	67,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,48
2930	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,32	73,79	78,21	91,67	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,43
2931	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,48	110,68	117,32	132,78	132,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2932	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	151,11	168,57	168,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2933	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,27	18,65	19,77	26,22	22,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,81
2934	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,24	40,22	42,63	52,09	45,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,07
2935	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,50	59,94	63,54	75,00	67,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,37
2936	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,48	80,44	85,27	98,73	90,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,49
2937	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,57	5,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,12
2938	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,72	120,66	127,89	143,35	135,66	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,49
2939	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,41	56,60	59,99	71,45	67,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,82
2940	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,60	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
2941	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	135,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2942	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,00	151,20	160,27	177,73	177,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2943	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,85	11,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,74
2944	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,38	45,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,36
2945	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,31	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,07
2946	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	5,22	7,42	5,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,97
2947	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	42,35	51,81	45,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,81
2948	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	97,02	90,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,80
2949	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	6,15	8,35	5,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,31
2950	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	124,89	140,35	135,66	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2951	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	48,73	45,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,71
2952	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,60	74,09	78,54	92,00	90,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,76
2953	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,90	111,13	117,80	133,26	133,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2954	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	15,93	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,04
2955	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,23	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,22
2956	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,37	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,71
2957	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,38	15,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	24,05
2958	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	9,47	1,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	9,47
2959	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	16,31	16,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2960	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2961	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,50	18,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2962	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60
2963	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2964	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2965	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2966	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,40	11,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2967	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,60	15,77	16,72	22,40	22,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2968	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990337958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,65	3,94	4,48	6,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,66
2969	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,30	7,88	8,42	11,83	11,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2970	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	14,88	20,28	20,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2971	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	15,93	15,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2972	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,99	9,71	10,29	15,97	15,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2973	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,21	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2974	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2975	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,18	31,51	33,40	41,92	41,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,04
2976	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990212170	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	5,18	7,11	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,92
2977	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,50	7,02	7,56	10,97	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2978	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,55	7,07	7,61	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2979	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,55	7,07	7,61	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2980	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2981	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	8,10	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,76
2982	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	15,60	21,00	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2983	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	16,93	22,33	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2984	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,86	44,13	46,77	56,95	56,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	32,26
2985	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	11,03	11,69	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,06
2986	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990924608	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	6,04	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,32
2987	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	7,89	11,10	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,37
2988	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	8,41	11,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,84
2989	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	22,06	23,39	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	16,13
2990	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2991	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	5,02	5,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2992	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2993	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2994	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	6,48	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2995	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,39	13,38	14,18	19,58	19,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż 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
2996	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,45	13,45	14,26	19,66	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż 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
2997	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,45	13,45	14,26	19,66	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2998	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2999	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3000	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3001	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,55	13,55	14,36	19,76	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3002	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,83	19,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3003	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	21,43	21,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3004	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,85	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,50
3005	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3006	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3007	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3008	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3009	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,30	8,96	9,50	12,71	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,58
3010	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	20,06	20,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3011	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,16	20,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3012	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,95	13,99	14,83	20,23	20,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3013	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,20	15,34	16,25	21,93	21,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3014	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,08	46,53	49,31	59,83	59,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
3015	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990610440	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,55	3,83	4,37	6,30	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,55
3016	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	90 szt.	05909991004378	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	11,63	12,33	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3017	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,39	6,90	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3018	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	7,45	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3019	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,72	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3020	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,10	7,67	8,21	11,62	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3021	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	23,26	24,66	31,91	31,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3022	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
3023	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
3024	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
3025	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
3026	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3027	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3028	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3029	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3030	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3031	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89
3032	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3033	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3034	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3035	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3036	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3037	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3038	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3039	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80
3040	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26
3041	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80
3042	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,80	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,45
3043	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,55	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,42
3044	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	11,90	15,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,82
3045	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	8,63	10,56	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,81
3046	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	8,59	10,42	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,07
3047	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,63	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,50
3048	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	23,71	25,13	30,53	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,49
3049	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	23,71	25,13	30,53	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3050	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,95	18,31	19,41	22,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
3051	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,95	18,31	19,41	22,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
3052	Relugolixum	Orgovyx, tabl. powl., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2026-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	445,93	445,93	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3053	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powl., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001377949	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	289,00	312,12	330,85	353,00	353,00	<1>Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym; <2>Objawowe leczenie endometriozy u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, które wcześniej były leczone farmakologicznie lub chirurgicznie;		30%	105,90
3054	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,68	141,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,29
3055	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,59	283,59	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3056	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,15	175,62	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,88
3057	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,23	351,23	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3058	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,62	183,62	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3059	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	6,97	9,42	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3060	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	17,17	22,91	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,64
3061	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	40,94	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,36
3062	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	34,34	42,94	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
3063	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,12	62,12	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,84
3064	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,15	78,15	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,12
3065	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,52	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,56
3066	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,39	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,28
3067	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,20	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3068	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,78	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,35
3069	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,20	6,70	7,24	9,69	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
3070	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,60	20,09	21,30	27,04	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,77
3071	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,97	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86
3072	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,56	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,82
3073	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,29	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,02
3074	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,25	64,41	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,68
3075	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,19	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3076	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,24	85,88	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,48
3077	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3078	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,30	33,80	35,83	43,57	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,99
3079	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,00	14,04	14,88	19,19	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,08
3080	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,60	17,93	19,01	24,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,48
3081	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,95	21,55	22,84	29,72	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,29
3082	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	127,18	142,99	137,21	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	8,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3083	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	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	195,79	214,09	205,82	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	11,47
3084	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	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	254,37	274,42	274,42	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3085	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3086	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,42	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
3087	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,10	21,71	23,01	28,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,48
3088	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,20	29,38	31,14	38,02	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,59
3089	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	6,48	8,93	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3090	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	14,18	19,21	17,89	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,52
3091	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,90	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,79
3092	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	28,38	36,12	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,54
3093	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991521738	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3094	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991521745	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3095	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991521790	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,38
3096	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991521776	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3097	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991579944	2026-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,40	24,19	25,64	33,37	33,37	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,20
3098	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991580032	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,60	16,85	17,86	24,52	24,52	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	7,36
3099	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991580049	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,20	33,70	35,72	45,45	45,45	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	13,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3100	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991579890	2026-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	9,95	10,75	11,39	14,34	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,37
3101	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 2,5 mg	56 szt.	05909991579906	2026-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	19,90	21,49	22,78	27,80	17,06	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	15,86
3102	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991580070	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,80	22,46	23,81	31,54	31,54	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3103	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991580087	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	41,60	44,93	47,63	58,79	58,79	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,64
3104	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	7,78
3105	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05907594033429	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	132,00	142,56	151,11	168,20	168,20	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	45,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3106	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,48	19,96	21,16	27,82	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	8,92
3107	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05907594033405	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,96	39,92	42,31	52,04	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,60
3108	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	55,44	59,88	63,47	75,34	75,34	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3109	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05907594033474	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	176,00	190,08	201,48	220,13	220,13	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	59,44
3110	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,64	26,61	28,21	35,94	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,85
3111	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907594033450	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,28	53,22	56,42	67,58	67,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3112	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991440398	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	9,13
3113	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	38,14	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	20,23
3114	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991440404	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3115	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350	2025-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	34,43	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	25,61
3116	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991440435	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	11,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3117	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	25,52
3118	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991440442	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42
3119	Rivaroxabanum	Rivanoptim, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991502379	2026-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	9,95	10,75	11,39	14,34	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,37
3120	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<1>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	4,68
3121	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	5,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3122	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05900411013482	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,13
3123	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991503581	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3124	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991503604	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3125	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,00	21,60	22,90	27,92	17,06	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	14,38
3126	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991503635	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,14
3127	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991503642	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3128	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991355258	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	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	8,64
3129	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05909991355449	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	158,57	171,26	181,53	198,62	182,73	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	70,71
3130	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991355470	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,20	23,98	25,41	32,07	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3131	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991355395	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	44,40	47,95	50,82	60,55	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	24,73
3132	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909991355562	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	211,43	228,34	242,05	260,70	243,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	90,15
3133	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991355593	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,60	31,97	33,89	41,62	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3134	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991355517	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	59,20	63,94	67,77	78,93	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	31,18
3135	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991458430	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	34,50	37,26	39,50	47,54	36,55	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	14,19
3136	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991458447	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,75	46,17	48,95	58,99	54,82	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3137	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991458461	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	57,00	61,56	65,25	76,81	73,09	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	25,65
3138	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	13,18	12,18	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	4,20
3139	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	13,18	12,18	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	4,65
3140	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991492311	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,60	16,85	17,86	24,52	24,52	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	7,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3141	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991492328	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,20	33,70	35,72	45,45	45,45	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	13,64
3142	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991492342	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	46,80	50,54	53,58	65,45	65,45	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,64
3143	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991491963	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	10,00	10,80	11,45	14,40	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3144	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991492465	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,80	22,46	23,81	31,54	31,54	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,46
3145	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991492472	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	41,60	44,93	47,63	58,79	58,79	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,64
3146	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 10 mg	15 szt.	05909991435509	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	17,25	18,63	19,75	25,02	18,27	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	9,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3147	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991435561	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,95	22,63	23,99	30,65	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,74
3148	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991435578	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,00	38,88	41,21	50,94	50,94	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,28
3149	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	98 szt.	05909991435615	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	126,00	136,08	144,24	161,18	161,18	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	48,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3150	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991435646	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,95	30,19	32,00	39,73	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,85
3151	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991435653	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	66,11	66,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,83
3152	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	98 szt.	05909991435684	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	168,00	181,44	192,33	210,87	210,87	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	63,26
3153	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,50	80,46	85,29	89,29	12,18	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	80,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3154	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	126,06	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	108,15
3155	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	312,90	337,93	358,20	370,07	76,75	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	316,35
3156	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	127,13	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	103,25
3157	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05995327192956	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,35
3158	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05995327192994	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3159	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05995327193007	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	22,82
3160	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 2,5 mg	56 szt.	05995327192918	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	50,81	17,06	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	38,87
3161	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05995327193038	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3162	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	13,00	14,04	14,88	18,88	12,18	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	8,91
3163	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,30	29,48	31,26	37,92	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	18,01
3164	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,06	42,18	44,71	54,44	51,17	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,76
3165	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909991528485	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,62	22,27	23,61	26,56	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakikolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej, terapii przeciwpłytkowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	18,53
3166	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	22,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3167	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	52,08	56,25	59,62	70,78	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,73
3168	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,16	112,49	119,24	134,40	134,40	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	36,29
3169	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 4.6 mg/24h	8 szt.	05909991506483	2025-10-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	47,71	51,53	54,62	58,77	13,68	Choroba Alzheimera		30%	49,19
3170	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 9.5 mg/24h	8 szt.	05909991506551	2025-10-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	98,53	106,41	112,80	119,60	28,25	Choroba Alzheimera		30%	99,83
3171	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 13.3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2026-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	147,80	159,62	169,20	177,67	42,38	Choroba Alzheimera		30%	148,00
3172	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,32	60,83	64,48	68,82	14,66	Choroba Alzheimera		30%	58,56
3173	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92
3174	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3175	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	116,37	125,68	133,22	140,26	30,27	Choroba Alzheimera		30%	119,07
3176	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	178,75	193,05	204,64	213,11	42,38	Choroba Alzheimera		30%	183,44
3177	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,16	75,77	80,32	84,66	14,66	Choroba Alzheimera		30%	74,40
3178	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	128,25	138,51	146,83	153,87	30,27	Choroba Alzheimera		30%	132,68
3179	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3180	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3181	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3182	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	25,04	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,45
3183	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	43,38	48,55	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3184	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3185	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990700738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,70	31,00	32,85	37,09	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,20
3186	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	05909990700745	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,22	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,33
3187	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	05909990700769	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,90	61,45	65,13	71,93	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,16
3188	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990700752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,40	61,99	65,71	72,51	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,74
3189	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3190	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,16	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,97
3191	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,90	81,97	86,89	94,80	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,43
3192	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	76,53	82,65	87,61	95,52	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3193	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990782048	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,57	10,34	10,95	12,70	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,40
3194	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	05909990782055	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3195	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,80	20,30	21,52	24,57	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,98
3196	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3197	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990782147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,20	29,38	31,14	35,38	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,49
3198	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990782154	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,00	61,56	65,25	72,05	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,28
3199	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3200	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,20	81,22	86,09	94,00	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,63
3201	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990982981	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	6,53	7,05	7,59	9,34	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3202	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,06	14,10	14,95	18,00	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,41
3203	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90
3204	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990983308	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,60	21,17	22,44	26,68	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,79
3205	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990983322	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	39,20	42,34	44,87	51,67	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,90
3206	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90
3207	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	52,26	56,44	59,83	67,74	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,37
3208	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	16,00	17,28	18,32	21,37	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,78
3209	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,00	32,40	34,34	39,51	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,32
3210	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990778973	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,70	46,12	48,88	55,68	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3211	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	55,10	59,51	63,08	70,99	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,62
3212	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	19,95	21,55	22,84	30,03	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,51
3213	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	40,15	43,36	45,96	56,40	56,40	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,92
3214	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,50	91,26	96,74	111,18	111,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,35
3215	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	29,07	36,03	27,48	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,79
3216	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990731985	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,35	5,78	6,32	8,41	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,56
3217	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,38	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,69
3218	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	23,24	29,36	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,97
3219	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	48,08	58,20	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,74
3220	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,67	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,15
3221	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	56,10	66,54	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,51
3222	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	108,76	123,20	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3223	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2026-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,99	31,31	33,19	40,38	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,86
3224	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2026-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,99	62,63	66,39	76,83	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,80
3225	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2026-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	115,98	125,26	132,78	147,22	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,16
3226	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,26	31,60	33,50	40,69	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,17
3227	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,53	63,21	67,00	77,44	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,41
3228	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,07	126,44	134,02	148,46	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,40
3229	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,67	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,15
3230	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	48,00	51,84	54,95	65,39	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	24,36
3231	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	96,00	103,68	109,90	124,34	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,28
3232	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990013685	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,10	5,51	6,05	8,14	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,29
3233	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,17	10,98	11,64	15,36	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,67
3234	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,80	22,46	23,81	29,93	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,54
3235	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,00	56,16	59,53	69,65	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3236	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,37	27,40	29,04	36,23	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,71
3237	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	51,15	55,24	58,56	69,00	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	27,97
3238	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	101,85	110,00	116,60	131,04	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	48,98
3239	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,30	30,56	32,40	39,59	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,07
3240	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	72,50	78,30	83,00	95,93	87,92	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,39
3241	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,90	42,01	44,53	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3242	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,98	42,10	44,63	55,07	55,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,52
3243	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,60	61,13	64,80	75,24	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,21
3244	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	145,00	156,60	166,00	182,93	175,84	Choroba i zespół Parkinsona		30%	59,84
3245	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,80	84,02	89,07	103,51	103,51	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,05
3246	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,96	84,20	89,25	103,69	103,69	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,11
3247	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	113,20	122,26	129,59	144,03	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	61,97
3248	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	290,00	313,20	331,99	353,27	351,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	107,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3249	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,41	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,89
3250	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,89	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,86
3251	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,60	114,05	120,90	135,34	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	53,28
3252	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	6,23	8,82	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,30
3253	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	12,06	16,57	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52
3254	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	24,13	31,25	31,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,38
3255	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,14
3256	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3257	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3258	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	24,17	31,29	31,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,45
3259	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,50	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,98
3260	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,33	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3261	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,68	24,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3262	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,80	24,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,44
3263	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	18,02	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,97
3264	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,50	11,34	12,02	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3265	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,63	45,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,69
3266	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,20	46,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,86
3267	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,47
3268	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,25	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
3269	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,12	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,24
3270	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,40	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
3271	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,61	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26
3272	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,89	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
3273	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,81	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3274	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,36	33,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3275	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,21	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03
3276	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,92	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3277	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3278	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3279	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3280	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3281	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,24	59,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,99
3282	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,92	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3283	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
3284	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	5,92	8,51	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3285	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	11,40	15,91	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,86
3286	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	22,81	29,93	29,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
3287	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	3,23	4,75	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3288	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,85	6,32	6,86	9,45	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,93
3289	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	19,67	26,03	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
3290	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,77	9,47	10,04	13,70	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
3291	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,35	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,77
3292	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	29,51	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
3293	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,70	12,64	13,39	17,90	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
3294	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,35	37,10	39,32	48,66	48,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,60
3295	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,56	18,96	20,10	26,13	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
3296	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,58	45,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,67
3297	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	59,00	70,34	70,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,10
3298	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,41	25,28	26,79	33,91	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,81
3299	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,71	74,21	78,66	91,97	91,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,59
3300	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	3,15	3,69	5,21	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3301	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	9,84	13,73	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
3302	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
3303	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
3304	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
3305	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,18	44,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,25
3306	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	24,21	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,40
3307	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,25	83,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,98
3308	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,91	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15
3309	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3310	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,65	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
3311	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,79	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,05
3312	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3313	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3314	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3315	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3316	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,35	45,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25
3317	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3318	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,42	58,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,78
3319	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,93
3320	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3321	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,55	5,99	6,53	9,12	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
3322	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,17	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
3323	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,92	36,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,08
3324	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	17,33	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
3325	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,24	45,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3326	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,45	69,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3327	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990777853	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3328	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3329	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3330	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2026-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,35	18,74	19,86	23,89	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,86
3331	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3332	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3333	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3334	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,30	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,27
3335	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3336	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2026-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,35	18,74	19,86	23,89	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,86
3337	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3338	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3339	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3340	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3341	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10
3342	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3343	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3344	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3345	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10
3346	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	2025-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3347	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10
3348	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3349	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3350	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	<1>2026-04-01/<2>2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3351	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	<1>2026-04-01/<2>2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3352	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	<1>2026-04-01/<2>2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	<1>Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; <2>Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3353	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3354	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3355	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3356	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3357	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3358	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3359	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3360	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	21,73	24,09	7,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
3361	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	31,28	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,36
3362	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2025-10-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	25,20	26,71	35,07	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,52
3363	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3364	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	23,47	27,17	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,38
3365	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	39,42	45,52	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,87
3366	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
3367	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,71
3368	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	117,00	116,42	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3369	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,45
3370	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	68,05	73,49	77,90	90,99	87,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3371	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	49,60	53,57	56,79	67,33	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,32
3372	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	56,55	61,07	64,74	75,28	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,27
3373	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2025-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,26	19,26	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33
3374	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3375	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3376	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3377	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	220,00	237,60	251,86	271,84	271,84	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3378	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	358,28	358,28	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3379	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	99,22	97,09	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	5,33
3380	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991551636	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	15,70	16,96	17,97	24,73	24,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,42
3381	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991551551	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,85	8,48	9,02	13,23	13,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,97
3382	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	22,05	22,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,62
3383	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,96	11,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,59
3384	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3385	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,00	9,72	10,30	14,32	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,37
3386	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,90	21,49	22,78	29,54	29,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,97
3387	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
3388	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990804375	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	47,00	50,76	53,81	66,61	66,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,98
3389	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73
3390	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990804351	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	23,50	25,38	26,90	35,86	35,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,76
3391	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,80	13,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,14
3392	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	21,06	21,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,32
3393	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,30	22,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,69
3394	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	55,17	55,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,55
3395	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,41	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,42
3396	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	12,08	12,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,62
3397	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,85	29,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3398	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,69	22,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,81
3399	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,17	12,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,65
3400	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	26,10	26,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,83
3401	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	9,68	13,89	13,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,17
3402	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,65	20,14	21,35	28,11	28,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
3403	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,65	9,34	9,90	14,11	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,23
3404	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	22,10	23,87	25,30	31,84	28,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,94
3405	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	13,74	17,76	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,81
3406	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	25,70	27,76	29,42	35,96	28,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,06
3407	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	15,45	19,47	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,52
3408	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,13	9,86	10,45	13,40	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	6,64
3409	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	14,29	19,31	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3410	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,92	46,35	49,14	58,88	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	18,33
3411	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,62
3412	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,51
3413	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,20
3414	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,69	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,15
3415	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,43	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3416	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,40	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3417	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	8,36	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,68
3418	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990649655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,89	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3419	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,11	4,44	4,98	6,14	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,30
3420	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,70	8,32	8,86	10,74	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,06
3421	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,40	16,63	17,63	20,93	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3422	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,45	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,77
3423	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,97	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61
3424	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,10	5,51	6,05	7,26	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,29
3425	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3426	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,46	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3427	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,78	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,94
3428	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,82	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,14
3429	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,22	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3430	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,80	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,44
3431	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,64	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3432	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,39	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64
3433	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,65	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,36
3434	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,60	4,97	5,51	6,67	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,83
3435	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	12,87	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,19
3436	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,90	17,17	18,20	21,50	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3437	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,50	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,66
3438	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,59	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3439	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3440	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,40	18,79	19,92	23,43	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,53
3441	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,10	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3442	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,32	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64
3443	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,62	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,26
3444	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2026-01-01/<4>2025-10-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5><6>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	418,06	451,50	478,59	504,80	497,09	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z 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	10,91
3445	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2026-01-01/<4>2025-10-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5><6>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	836,12	903,01	957,19	994,18	994,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z 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
3446	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,39	29,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,94
3447	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,34	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3448	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	08594739274563	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,39	29,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,82
3449	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,52	22,16	23,49	30,38	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,53
3450	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	41,04	44,32	46,98	57,01	57,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,10
3451	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	26,13	28,22	29,92	36,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,96
3452	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	03838989721466	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,07	14,12	14,96	19,27	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,84
3453	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,50	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
3454	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,38	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,53
3455	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,50	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
3456	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,31	11,13	11,80	16,11	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,11
3457	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991497477	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,39	29,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,82
3458	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,39	29,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,82
3459	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05903792662294	2026-04-01	3 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,40	14,47	15,34	19,65	14,90	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	9,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3460	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,90	19,33	20,49	27,38	27,38	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	8,21
3461	Sitagliptinum	Sitagliptin Stada, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,48	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,63
3462	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05904016030707	2025-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,50	21,06	22,32	29,21	29,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
3463	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,50	22,14	23,47	30,36	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,51
3464	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	08594739274570	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,96
3465	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	08594739274587	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,96
3466	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Sitagliptin/Metformin hydrochloride SUN, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991729219	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,96
3467	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,89	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,04
3468	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2026-04-01	3 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,50	50,22	53,23	60,12	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	39,27
3469	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2026-04-01	3 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,50	50,22	53,23	60,12	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	39,27
3470	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2026-04-01	3 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,50	50,22	53,23	60,12	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	39,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3471	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,38	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,53
3472	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	42,03	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,18
3473	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2025-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	42,03	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,18
3474	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,34	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,49
3475	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,83	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,49
3476	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,83	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,49
3477	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,69	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,84
3478	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,69	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3479	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,72	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,87
3480	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,72	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,87
3481	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,69	36,39	38,57	45,70	31,92	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,36
3482	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	42,05	31,92	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,71
3483	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	42,05	31,92	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	17,74
3484	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	61,57	68,70	31,92	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	41,72
3485	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,91	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,05
3486	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,91	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,05
3487	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,81	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,96
3488	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,89	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,04
3489	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,89	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3490	Sodium zirconium cyclosilicate	Lokelma, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 5 g	30 sasz.	05000456088428	2025-07-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemi	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
3491	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,90	32,29	34,23	41,89	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,89
3492	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,95	16,15	17,12	22,08	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,58
3493	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	31,13	38,79	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,41
3494	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	15,56	20,52	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,22
3495	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,98	25,90	27,45	35,11	35,11	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3496	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,99	12,95	13,73	18,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,19
3497	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,50	19,98	21,18	28,84	28,84	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,65
3498	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,25	9,99	10,59	15,55	15,55	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,67
3499	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2026-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,15	26,08	27,65	35,31	35,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59
3500	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	11,33	16,29	16,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,89
3501	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,43	35,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3502	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991314545	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,80	12,74	13,51	18,47	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,97
3503	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2026-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,90	26,89	28,50	36,16	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,16
3504	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	28,05	35,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,71
3505	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	14,03	18,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,49
3506	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	27,43	35,09	35,09	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3507	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2026-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	13,72	18,68	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,18
3508	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,71
3509	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,49
3510	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3511	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,30	14,36	15,23	20,19	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,69
3512	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3513	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05906720537404	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	73,20	79,06	83,80	97,46	97,46	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	29,24
3514	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,00	14,04	14,88	19,84	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3515	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05906720537398	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	36,60	39,53	41,90	51,56	51,56	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	15,47
3516	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	77,00	83,16	88,15	102,28	102,28	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,68
3517	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,40	28,51	30,22	37,88	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,88
3518	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	38,50	41,58	44,07	54,20	54,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,26
3519	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,20	14,26	15,11	20,07	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,57
3520	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	2024-10-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,30	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,09
3521	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,30	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	8,18
3522	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,79	30,01	31,82	38,77	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	15,80
3523	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,49	22,13	23,46	30,41	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3524	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,50	22,14	23,47	30,42	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,21
3525	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	15,55	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3526	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	6,59	8,90	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,64
3527	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	32,14	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,63
3528	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	34,73	21,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,09
3529	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,92
3530	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	16,03	21,08	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,95
3531	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,43	6,94	7,48	9,44	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,20
3532	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	11,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3533	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	9,73	13,20	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,72
3534	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	19,69	24,74	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	9,55
3535	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,64	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,43
3536	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,27
3537	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,94	22,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,19
3538	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,86	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,01
3539	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	12,00	12,96	13,74	18,79	18,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,64
3540	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,40	2,59	3,13	4,59	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3541	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3542	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3543	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,11	876,11	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	262,83
3544	Standaryzowany wyciąg alergenowy pyłku trawy, tymotki łąkowej (Phleum pratense)	Grazax, liofilizat podjęzykowy, 75000 SQ-T	30 szt.	05909990072255	2025-07-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	250,00	270,00	286,20	308,38	308,38	Leczenie modyfikujące nieżytu nosa i zapalenia spojówek, wywołanego przez pyłki traw, dzieci od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia, z klinicznymi objawami i rozpoznanym dodatnim wynikiem skórnych testów punktowych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny IgE na pyłki traw		30%	92,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3545	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	309,00	333,72	353,74	374,50	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E).		30%	170,07
3546	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	687,50	742,50	787,05	820,64	811,72	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	12,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3547	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	687,50	742,50	787,05	820,64	811,72	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	12,12
3548	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1375,00	1485,00	1574,10	1623,43	1623,43	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
3549	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1375,00	1485,00	1574,10	1623,43	1623,43	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
3550	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	15,50	16,74	17,74	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,82
3551	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3552	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3553	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3554	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3555	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3556	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2>2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,45	14,53	15,40	20,98	20,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,49
3557	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3558	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	9,46	15,35	15,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,91
3559	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	9,05	10,94	5,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,36
3560	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3561	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3562	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3563	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,54
3564	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,37
3565	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3566	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,26
3567	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,49
3568	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,34
3569	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3570	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	4,91	6,31	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,23
3571	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	6,76	9,58	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	0,00
3572	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	3,89	4,81	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,60
3573	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	6,17	7,57	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3574	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	11,05	13,87	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3575	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,66	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3576	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0.5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2026-01-01	1 rok 3 miesiące	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	210,00	226,80	240,41	260,07	260,07	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekiem płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego		50%	130,04
3577	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	2025-04-01	2 lata	269.0, Szczepionki przeciw półpaścowi	628,00	678,24	718,93	751,16	751,16	Profilaktyka półpaśca i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zesztywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,58
3578	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi dróg oddechowych (RSV) (rekombinowana, z adiuwantem)	Arexvy, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań	1 fiol. proszku + 1 fiol. zawiesiny	05909991513610	2025-10-01	2 lata	272.0, Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	685,00	739,80	784,19	817,72	817,72	Profilaktyka zakażeń RSV u pacjentów w wieku 60 lat i starszych		50%	408,86
3579	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	2025-04-01	2 lata	272.0, Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	685,00	739,80	784,19	817,72	817,72	<1>Profilaktyka zakażeń RSV u niemowląt poprzez zaszczepienie matki w okresie ciąży; <2>Profilaktyka zakażeń RSV u pacjentów w wieku 60 lat i starszych		50%	408,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3580	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strzyk.	05909990064748	2026-01-01	3 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	226,00	244,08	258,72	278,88	278,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,44
3581	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990051052	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3582	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3583	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	281,13	303,62	321,84	343,13	341,15	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	5,18
3584	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3585	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>3 miesiące - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	35,67	46,12	46,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3586	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>3 miesiące - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	71,34	85,79	85,79	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3587	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>3 miesiące - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	356,75	383,54	383,54	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3588	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	39,50	49,95	49,95	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3589	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	78,99	93,44	93,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3590	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	157,98	176,52	176,52	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3591	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	236,97	258,26	258,26	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3592	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	394,96	421,75	421,75	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3593	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	93,50	100,98	107,04	121,84	121,84	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3594	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	127,13	137,30	145,54	162,13	162,13	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3595	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	402,00	434,16	460,21	485,03	485,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3596	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	529,00	571,32	605,60	634,35	634,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3597	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909991148713	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3598	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3599	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3600	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	56,67	64,77	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,93
3601	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	75,21	83,64	38,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	57,03
3602	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3603	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3604	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990622726	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3605	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05906414001501	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,62	53,59	56,81	66,55	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,22
3606	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	120 szt.	05900411005920	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	76,30	87,47	77,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73
3607	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05900411005883	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,18
3608	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05900411005906	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	57,23	66,97	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,78
3609	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990045006	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,57	17,90	18,96	23,98	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,87
3610	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990900794	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,71	53,69	56,91	66,65	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,32
3611	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990894598	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3612	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909990894642	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	47,41	51,20	54,27	64,01	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,68
3613	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991470685	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	10,68	11,32	16,34	16,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3614	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573585	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,10	16,31	17,29	22,31	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,20
3615	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991470692	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,67	32,04	33,97	43,71	43,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3616	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990573592	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,30	48,92	51,86	61,60	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,27
3617	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990586196	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,00	17,28	18,32	23,34	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,23
3618	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573257	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3619	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990048007	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3620	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991092184	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,00	48,60	51,52	61,26	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3621	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990044382	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57
3622	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991136321	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,00	38,88	41,21	50,95	50,95	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3623	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,10	10,91	11,57	16,59	16,59	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3624	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	05909990980451	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3625	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	09008732011845	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	11,43	16,45	16,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3626	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990565948	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3627	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,50	10,26	10,88	15,90	15,90	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3628	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,50	30,78	32,63	42,37	42,37	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3629	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990430895	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,58	17,91	18,98	24,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3630	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990847808	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3631	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990566068	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3632	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05909990566075	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,40	34,99	37,09	44,83	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,61
3633	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907587609235	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60
3634	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909991191221	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3635	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	60 szt.	05909991191214	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,40	34,99	37,09	44,83	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,61
3636	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991199081	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60
3637	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990716418	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3638	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990219070	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,82	18,17	19,26	24,28	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3639	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	202,36	218,70	172,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	46,34
3640	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	303,53	322,27	258,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	63,73
3641	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	388,50	409,13	344,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	64,41
3642	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	459,68	482,21	430,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	51,31
3643	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	100,94	113,28	86,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	27,10
3644	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	09008732017571	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	120,46	130,10	137,91	154,25	154,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3645	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	09008732017663	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	180,69	195,15	206,85	225,59	225,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3646	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	09008732017724	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	240,92	260,19	275,81	296,44	296,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3647	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	09008732017458	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	30,11	32,52	34,47	43,09	43,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3648	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	09008732017786	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	301,15	325,24	344,76	367,29	367,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3649	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	09008732017519	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	60,23	65,05	68,95	81,29	81,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3650	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,11	9,84	10,43	13,69	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,17
3651	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,22	19,68	20,85	26,31	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,26
3652	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,77	23,51	24,93	30,39	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3653	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,77
3654	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,57
3655	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	8,91	12,17	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
3656	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	17,17	22,63	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
3657	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,77	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,25
3658	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3659	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3660	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3661	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	11,90	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,38
3662	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	17,39	22,85	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
3663	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,05	9,77	10,36	13,62	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3664	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
3665	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	23,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,04
3666	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	19,55	20,73	26,19	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,14
3667	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	9,70	12,96	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,44
3668	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	19,40	24,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
3669	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	12,58	15,84	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,49
3670	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	21,38	26,84	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
3671	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	25,16	30,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,01
3672	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	42,77	51,03	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,84
3673	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	16,77	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,25
3674	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,60	25,49	27,02	32,48	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3675	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,73
3676	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	8,07	11,33	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,81
3677	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	13,28	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,76
3678	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3679	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3680	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,42	18,81	19,95	25,41	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,36
3681	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3682	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3683	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	18,90	20,03	25,49	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,44
3684	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,60	29,81	31,60	39,86	39,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,96
3685	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3686	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,84	37,63	39,88	48,14	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,04
3687	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
3688	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	26,68	32,14	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,38
3689	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	38,89	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,69
3690	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3691	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,98
3692	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3693	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	53,35	61,61	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	28,36
3694	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,70	41,80	44,30	54,56	54,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,37
3695	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	63,66	73,92	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,89
3696	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	13,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3697	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,44
3698	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,95	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,90
3699	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	32,03	40,29	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,09
3700	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
3701	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
3702	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	19,29	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,77
3703	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3704	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3705	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3706	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27
3707	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3708	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3709	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3710	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3711	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3712	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,38	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,33
3713	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	26,88	33,94	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37
3714	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3715	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99
3716	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3717	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2026-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3718	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3719	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,42	29,61	31,40	36,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,81
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,24	30,50	32,32	37,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,73
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,24	12,14	12,86	16,12	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,60
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,49	24,29	25,75	31,21	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,16
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,49	24,29	25,75	31,21	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,16
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	12,71	15,97	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,45
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,65	10,42	11,05	14,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,79
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3735	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3736	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,74
3737	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41
3738	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41
3739	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	11,07	11,74	15,00	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,48
3740	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3741	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88
3742	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	44,28	46,94	55,20	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,10
3743	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88
3744	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	44,28	46,94	55,20	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,10
3745	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	11,71	12,41	15,67	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,15
3746	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3747	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	47,13	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,56
3748	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3749	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3750	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3751	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3752	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3753	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3754	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	9,15	12,41	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,89
3755	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3756	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3757	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66
3758	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3759	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66
3760	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	16,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,62
3761	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	18,87	24,33	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,28
3762	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3763	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3764	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17
3765	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3766	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,35	23,06	24,44	30,19	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,06
3767	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,82
3768	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,94
3769	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3770	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,22
3771	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2025-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	21,06	27,49	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,65
3772	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2024-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	42,13	51,56	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
3773	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2024-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	17,74	24,17	24,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,09
3774	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2025-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64
3775	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2026-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64
3776	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	24,84	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,42
3777	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,22	8,88	9,42	11,35	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,74
3778	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	21,73	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,62
3779	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3780	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,78	35,40	37,53	42,15	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	33,91
3781	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3782	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,78	35,40	37,53	42,15	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	33,91
3783	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3784	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,56	70,80	75,05	82,30	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,82
3785	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47
3786	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,56	70,80	75,05	82,30	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,82
3787	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85
3788	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3789	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85
3790	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3791	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3792	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59
3793	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3794	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3795	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	26,30	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,73
3796	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	16,01	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,93
3797	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2025-10-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	358,00	386,64	409,84	434,16	434,16	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3798	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	6,78	9,38	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,16
3799	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	12,31	16,84	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3800	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3801	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73
3802	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,49	189,49	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3803	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,14	281,14	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3804	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,17	94,74	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,63
3805	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	14,22	11,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3806	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2024-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	21,02	11,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,76
3807	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2026-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,93	16,12	17,10	20,44	11,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,49
3808	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,47	40,47	42,90	50,07	34,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	26,21
3809	Ticagrelorum	Ecugra, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05397313000731	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	28,00	30,24	32,05	36,96	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	24,23
3810	Ticagrelorum	Ecugra, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05397313000755	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	28,00	30,24	32,05	38,61	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	19,51
3811	Ticagrelorum	Legrex, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05900411012164	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	45,90	49,57	52,54	57,45	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	44,72
3812	Ticagrelorum	Legrex, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05900411012171	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	45,90	49,57	52,54	59,10	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	40,00
3813	Ticagrelorum	Orebriton, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05909991482541	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	31,50	34,02	36,06	40,97	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	28,24
3814	Ticagrelorum	Orebriton, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05909991482626	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	31,50	34,02	36,06	42,62	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	23,52
3815	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05909991502584	2026-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	34,42	37,17	39,41	44,32	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	26,85
3816	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05909991502560	2026-04-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	34,42	37,17	39,41	45,97	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	22,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3817	Ticagrelorum	Tigrix, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05909991527792	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	22,95	24,79	26,28	31,19	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	18,46
3818	Ticagrelorum	Tigrix, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05909991527822	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	25,20	27,22	28,85	35,41	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	16,31
3819	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 60 mg	56 szt.	05909991573010	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	32,70	35,32	37,43	42,34	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	26,65
3820	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 90 mg	56 szt.	05909991573034	2026-04-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe – klopidogrel i tikagrelor	32,70	35,32	37,43	43,99	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	22,40
3821	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909990667116	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	8,40	9,07	9,61	13,35	11,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3822	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 250 mg	60 szt.	05909990334971	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	24,65	26,62	28,22	35,90	35,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
3823	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2026-01-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	372,00	401,76	425,87	450,63	450,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3824	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	101,44	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	31,90
3825	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	101,44	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	50,52
3826	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991456276	2026-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	70,54	76,18	80,75	92,32	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	22,78
3827	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991456276	2026-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	70,54	76,18	80,75	92,32	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	41,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3828	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3829	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3830	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3831	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3832	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	93,55	101,03	107,09	118,66	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	67,74
3833	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3834	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3835	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3836	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3837	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2025-07-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	23,27	30,21	30,21	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
3838	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,20	11,02	11,67	14,41	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	8,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3839	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,05	18,41	19,52	24,24	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,58
3840	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,00	9,72	10,30	13,04	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	7,21
3841	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,00	19,44	20,61	25,33	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,67
3842	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3843	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3844	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	34,46	37,22	39,45	47,11	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	22,11
3845	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,06	29,22	30,97	38,76	34,52	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,44
3846	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,13	58,46	61,97	73,20	69,04	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,36
3847	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,76	7,30	7,84	10,82	8,63	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,39
3848	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,53	14,61	15,49	20,55	17,26	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3849	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,17	71,17	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3850	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,90	16,09	17,05	22,37	18,49	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3851	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,15	36,99	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,36
3852	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990759019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	33,00	35,64	37,78	45,57	34,52	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	14,25
3853	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990759118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	69,04	69,04	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3854	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990758814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	18,00	19,44	20,61	23,59	8,63	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	18,16
3855	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990758913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	23,00	24,84	26,33	31,39	17,26	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	17,33
3856	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671496	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,80	27,86	29,54	37,64	36,99	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,85
3857	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,60	55,73	59,08	70,72	70,72	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3858	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990671472	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,45	6,97	7,51	10,67	9,25	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,62
3859	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,90	13,93	14,76	20,08	18,49	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,79
3860	Torasemidum	Astorid, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991525484	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,82	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	11,93
3861	Torasemidum	Astorid, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991525491	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	34,00	36,72	38,92	45,86	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	22,26
3862	Torasemidum	Astorid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991525477	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	8,50	9,18	9,73	12,21	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	6,24
3863	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,82	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	11,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3864	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	34,00	36,72	38,92	45,86	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	22,26
3865	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,14
3866	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,00	43,20	45,79	55,89	55,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	15,09
3867	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	11,90	12,85	13,62	16,10	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,74
3868	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,80	25,70	27,25	31,61	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	18,95
3869	Torasemidum	Diuver, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991003821	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,00	21,60	22,90	27,26	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,70
3870	Torasemidum	Diuver, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990422883	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	21,94	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,66
3871	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	15,90	17,17	18,20	22,56	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	10,80
3872	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	12,00	12,96	13,74	16,22	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,85
3873	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,19	25,05	26,55	30,91	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	18,32
3874	Torasemidum	Toramide, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909991161910	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,00	10,80	11,45	12,92	3,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,25
3875	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,14
3876	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	21,94	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,99
3877	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991225223	2026-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,80	10,58	11,22	15,58	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,02
3878	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991228545	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	15,69	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,13
3879	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991431587	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	15,69	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,13
3880	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990791064	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	15,98	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,42
3881	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990797967	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,05
3882	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991225254	2026-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,60	21,17	22,44	29,38	29,38	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,81
3883	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991243920	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	29,61	29,61	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,88
3884	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991431624	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	29,61	29,61	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,88
3885	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990791071	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,05
3886	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990797905	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,60	43,85	46,48	56,58	56,58	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3887	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991228514	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	4,95	5,35	5,89	8,37	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,09
3888	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991225285	2026-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	5,00	5,40	5,94	8,42	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,14
3889	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791057	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	5,07	5,48	6,02	8,50	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,22
3890	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990797981	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	15,98	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,42
3891	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,72
3892	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3893	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,22
3894	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3895	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,76
3896	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05
3897	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,85
3898	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,95
3899	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3900	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88
3901	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,85
3902	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,36
3903	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
3904	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,66
3905	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,97
3906	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,43
3907	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,96
3908	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,73
3909	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
3910	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3911	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,42
3912	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,03
3913	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,82
3914	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,85
3915	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2026-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,75	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,33
3916	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2026-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,75	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
3917	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,52
3918	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,62
3919	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
3920	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,13
3921	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3922	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3923	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,31
3924	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
3925	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,12
3926	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3927	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3928	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,29
3929	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,53
3930	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
3931	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
3932	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3933	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,06
3934	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
3935	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
3936	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88
3937	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,11
3938	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,62
3939	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3940	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,74
3941	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,85
3942	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31
3943	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3944	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,23
3945	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
3946	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,47
3947	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,65
3948	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,26
3949	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,24
3950	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,27
3951	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	7,59	3,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,38
3952	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	7,59	3,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,43
3953	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,13	8,78	9,32	12,42	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,78
3954	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,13	8,78	9,32	12,42	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3955	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,54	14,62	15,50	20,11	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,04
3956	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,54	14,62	15,50	20,11	15,81	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,30
3957	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
3958	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3959	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,83
3960	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
3961	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,75
3962	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3963	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
3964	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3965	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3966	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,12
3967	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
3968	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,26
3969	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,02
3970	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,25
3971	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3972	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,29
3973	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,70
3974	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,02
3975	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,53
3976	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3977	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
3978	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3979	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
3980	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
3981	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,78
3982	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3983	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,50
3984	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3985	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2026-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,27
3986	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2026-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,73
3987	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2026-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3988	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2026-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3989	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
3990	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,05
3991	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
3992	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,18
3993	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,31
3994	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47
3995	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
3996	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
3997	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3998	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3999	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
4000	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,37
4001	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,54
4002	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,13
4003	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
4004	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
4005	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,45
4006	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,31
4007	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,90
4008	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,63
4009	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4010	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
4011	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
4012	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,28
4013	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
4014	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,01
4015	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,52
4016	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4017	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,54	31,68	Jaskra		ryczałt	8,06
4018	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,54	31,68	Jaskra		ryczałt	8,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4019	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,37	31,68	Jaskra		ryczałt	10,89
4020	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,73	29,95	31,74	39,34	31,68	Jaskra		ryczałt	10,86
4021	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,22	89,88	95,27	108,87	95,03	Jaskra		ryczałt	21,84
4022	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	110,94	119,82	127,01	141,99	126,70	Jaskra		ryczałt	25,96
4023	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	32,79	31,68	Jaskra		ryczałt	4,31
4024	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2026-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,37	31,68	Jaskra		ryczałt	10,89
4025	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,18	19,63	20,81	24,15	11,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,20
4026	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	49,29	53,23	56,43	63,60	34,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	39,74
4027	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	16,18	18,80	8,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,84
4028	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2024-10-01	1 rok 9 miesięcy	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,23	17,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	23,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4029	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,28	34,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	41,42
4030	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990861330	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	18,00	19,44	20,61	24,49	13,09	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	13,80
4031	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	54,10	58,43	61,94	70,54	45,82	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	34,62
4032	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	27,00	29,16	30,91	36,65	22,91	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	18,55
4033	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	25,00	27,00	28,62	37,22	37,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	10,05
4034	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,50	13,50	14,31	20,05	20,05	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	5,42
4035	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	6,18
4036	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,20	13,18	13,96	19,70	19,70	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	5,32
4037	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	593,01	619,82	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	73,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4038	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	248,90	268,81	284,94	302,17	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	132,45
4039	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,00	145,80	154,55	171,73	171,73	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
4040	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,20	7,78	8,32	12,86	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4041	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	10,80	11,66	12,37	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4042	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2024-04-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	126,86	137,01	145,23	157,82	83,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	99,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4043	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	05909991083212	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	55,00	59,40	62,96	75,74	75,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
4044	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2025-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	43,05	52,81	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,41
4045	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4046	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4047	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4048	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990751877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
4049	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990751594	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
4050	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
4051	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,45	31,81	33,72	41,98	41,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,59
4052	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,23
4053	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,50
4054	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,48	15,64	16,58	22,04	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
4055	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990682065	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
4056	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990681877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
4057	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990074969	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4058	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,26	43,48	46,09	54,70	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,45
4059	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,22	63,96	67,79	78,40	69,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,02
4060	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,50	40,50	42,93	51,19	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
4061	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990074945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	13,79	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
4062	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,13	21,74	23,05	28,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,67
4063	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,61	31,98	33,90	41,22	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,04
4064	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,40
4065	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,91
4066	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	24,92	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,88
4067	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	9,73	12,99	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,92
4068	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,44	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4069	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4070	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4071	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,06	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,01
4072	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4073	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,88
4074	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4075	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,57	30,86	32,70	40,96	40,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,29
4076	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4077	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,52	34,04	36,08	44,34	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,24
4078	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
4079	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4080	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,50
4081	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,76	17,02	18,05	23,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,46
4082	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4083	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4084	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4085	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4086	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4087	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4088	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4089	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4090	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,84	9,55	10,12	13,38	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4091	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,69	19,11	20,25	25,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,66
4092	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,15	37,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,81
4093	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4094	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4095	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
4096	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
4097	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,63
4098	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,40	26,35	27,93	33,68	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	17,55
4099	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	17,42	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,36
4100	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,52	31,88	33,79	42,45	42,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4101	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,66	27,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,30
4102	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	32,04	32,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,61
4103	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,15	32,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,65
4104	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,82	8,45	8,99	12,48	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,13
4105	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,76	15,94	16,90	22,69	22,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,81
4106	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,00	10,80	11,45	17,55	17,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,27
4107	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,67	17,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,30
4108	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,29	45,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4109	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,16	46,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,85
4110	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990660636	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,35	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,00
4111	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	24,97	23,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,26
4112	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,30	33,80	35,83	44,49	44,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,35
4113	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,00	18,36	19,46	25,25	23,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,54
4114	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,20	38,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,46
4115	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,55	20,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,17
4116	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,00	35,64	37,78	46,44	46,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4117	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,67	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,32
4118	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,11	23,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,40
4119	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,50	42,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,75
4120	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	12,01	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,66
4121	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,71	22,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,81
4122	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,70	32,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,81
4123	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	97,95	97,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,39
4124	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	26,08	36,74	36,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4125	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,51	10,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,15
4126	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,48	31,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,44
4127	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,53	19,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,86
4128	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,74	56,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,02
4129	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,05	38,93	41,27	49,93	47,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,52
4130	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,95	9,67	10,25	13,74	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,39
4131	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,43	23,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,72
4132	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	32,11	32,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4133	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991135096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,35	10,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,11
4134	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,39	19,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,82
4135	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,48	34,00	36,04	44,70	44,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,41
4136	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990055982	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,87	8,50	9,04	12,53	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,18
4137	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,74	17,00	18,01	23,80	23,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,14
4138	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,76	31,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,53
4139	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,30	17,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,19
4140	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,74	44,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4141	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,54	11,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,19
4142	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,84	23,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,15
4143	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4144	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	4,01	2,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,61
4145	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,53	5,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
4146	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4147	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4148	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4149	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4150	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,21	29,79	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,36
4151	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991729721	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,33
4152	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991729684	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,94
4153	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,38	31,73	33,63	40,76	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,42
4154	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,15	10,96	11,62	15,93	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,50
4155	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,30	21,92	23,24	30,13	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,28
4156	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,33
4157	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2026-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,94
4158	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,87	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,53
4159	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2026-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,87	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,53
4160	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2025-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,45	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,11
4161	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2025-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,45	31,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,11
4162	Voclosporinum	Lupkynis, kaps. miękkie, 7.9 mg	180 szt.	05038256999927	2024-10-01	2 lata	139.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - woklosporyna	2932,00	3166,56	3328,56	3412,98	3412,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4163	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	143,93	159,68	138,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	22,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4164	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4165	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	159,70	177,14	177,14	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	53,14
4166	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05702150155788	2024-07-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	279,00	301,32	319,40	341,23	341,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	102,37
4167	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	79,86	93,30	88,57	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	31,30
4168	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	15,34	18,87	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,92
4169	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	24,73	29,85	20,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,60
4170	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 100 IR & 300 IR, tabl. podjęzykowe, 100 IR; 300 IR	31 szt.	05909990779093	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	365,62	354,17	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	117,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
4171	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909990779109	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	365,62	354,17	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	117,70
4172	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909990779130	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	879,20	879,20	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	263,76
4173	Wyciągi alergenowe pyłku brzozy (615)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061913	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	365,62	354,17	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki brzozy		30%	117,70
4174	Wyciągi alergenowe pyłku brzozy (615)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061920	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	290,00	313,20	331,99	354,17	354,17	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki brzozy		30%	106,25
4175	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2026-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	971,00	1048,68	1111,60	1151,68	1151,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4176	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	490,00	529,20	560,95	589,28	575,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,24
4177	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	42,50	45,90	48,65	58,97	53,26	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	8,91
4178	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	5,97
4179	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 30, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991129439	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,50	23,22	24,61	26,44	5,55	Nadciśnienie tętnicze		30%	22,56
4180	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 7,5, tabl. powl., 7.5 mg	28 szt.	05909991129330	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,20	14,26	15,11	15,91	1,39	Nadciśnienie tętnicze		30%	14,94
4181	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,33	15,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,96
4182	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4183	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,65	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,32
4184	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,82	55,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	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	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	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	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	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	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
69	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU GMPro Mix In, proszek, 10 g białka	30 saszetek po 12,5 g	5016533658293	2026-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	920,00	966,00	1023,96	1062,73	1062,73	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
77	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select o smaku herbaty brzoskwiniowej, płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2026-04-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select o smaku herbaty miętowej, płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591648	2026-04-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
81	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
82	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
83	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
84	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2025-01-01	3 lata	267.3, Opatrunki biowchłanialne do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	20,03	26,48	26,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,94
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	6940610109899	2025-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,94	9,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,17
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	6940610109899	2025-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,94	9,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,27
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,66	19,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,12
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,66	19,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,62	2,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,62	2,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	5060786981462	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,92	9,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,15
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786981486	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,34	19,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,80
10	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,33	12,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
11	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,33	12,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
12	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,43	24,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
13	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,43	24,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,53
14	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,60	99,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,88
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,60	99,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
16	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm²	1 szt.	4054596955967	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	13,89	18,80	17,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
17	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm²	1 szt.	4054596956025	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	25,13	32,33	31,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
18	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,50	11,34	12,02	16,25	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,90
19	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,50	11,34	12,02	16,25	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,89
20	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
21	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
22	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,80	7,34	7,88	10,52	7,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,26
23	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,80	7,34	7,88	10,52	7,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,01
24	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,25	18,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm²	1 szt.	5000223461928	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,25	18,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,32
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
28	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,50	28,62	30,34	37,54	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,51
29	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,50	28,62	30,34	37,54	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,49
30	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,00	44,28	46,94	56,84	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,45
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,00	44,28	46,94	56,84	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,42
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,50	31,86	33,77	42,04	38,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,02
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,50	31,86	33,77	42,04	38,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,44
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,64	64,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,39
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,64	64,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

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

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
89	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786980991	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	35,05	35,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,52
90	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520737	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,34	17,65	18,71	24,78	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,84
91	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520744	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,00	52,92	56,10	67,10	67,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,13
92	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520720	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,88	6,35	6,89	9,67	8,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,93
93	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518017	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,38	19,85	21,04	27,82	27,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,70
94	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,68
95	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
96	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309200	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
97	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309323	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
98	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447037493	2025-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	4,75	6,86	6,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,06
99	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	00768455132034	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,23	51,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
100	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	00768455132034	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,23	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
101	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,36
102	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53
103	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
104	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
105	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,39
106	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,68
107	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
108	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,94
109	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,60
110	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,24
112	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
113	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
114	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
115	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
116	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
117	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,63	8,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,02
118	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,63	8,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,62
119	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,91	16,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,70
120	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,91	16,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
121	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,97	32,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
122	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,97	32,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,94
123	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	25,80	27,86	29,54	35,89	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
124	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	50,44	54,48	57,75	66,96	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,63
125	Emplastri collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8595163717817	2025-04-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
126	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554863	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	30,85	33,32	35,32	42,94	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,01
127	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554870	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,70	65,56	69,49	81,89	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,57
128	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm²	1 szt.	3546894530669	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	38,31	41,37	43,86	52,31	39,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,79
129	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894549517	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,20	65,02	68,91	81,31	81,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,39
130	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554887	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	32,18	34,75	36,84	44,46	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,53
131	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554894	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	62,42	67,41	71,46	83,86	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,54
132	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,42
133	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
134	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,11	7,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,77
135	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,11	7,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,48
136	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,56	15,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
137	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,56	15,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,31
138	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,95	17,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,94
139	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,95	17,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,79
140	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,26	30,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,90
141	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,26	30,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
142	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,98	11,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,64
143	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,98	11,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,06
144	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,16	17,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
145	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,16	17,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
146	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,31	28,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,49
147	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,31	28,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
148	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	5708932699136	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,55	14,63	15,51	20,12	18,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,42

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
160	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60
161	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
162	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
163	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,01
164	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
165	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,55	40,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,17
166	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,55	40,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
167	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447546964	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,40	4,75	5,29	9,25	9,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,78
168	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447546995	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	16,54	16,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,96
169	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,47	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
170	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,47	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68
171	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
172	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
173	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
174	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
175	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
176	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
177	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,71
178	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
179	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,97	75,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,79
180	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,97	75,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
181	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,81	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,56
182	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,81	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,02
183	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503048693676	2026-04-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,43	36,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,90
184	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503048693676	2026-04-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,43	36,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,96
185	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503048693690	2026-04-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,97	75,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,79
186	Emplastri hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503048693690	2026-04-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,97	75,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
187	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
188	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
189	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
190	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
191	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,62	10,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
192	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,62	10,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
193	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,37	20,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,11
194	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,37	20,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
195	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,94	15,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,78
196	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,94	15,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
197	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,94	29,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,98
198	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,94	29,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
199	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,65	6,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,08
200	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,65	6,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,12
201	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,65	44,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,40
202	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,65	44,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
203	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,62	10,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
204	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,62	10,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
205	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,16	23,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
206	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,16	23,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
207	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,43	7,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,43	7,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
209	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,50	16,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
210	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,50	16,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
211	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,59	22,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,78
212	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,59	22,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
213	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,93	10,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,37
214	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,93	10,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
215	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,46	16,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
216	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,46	16,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,51
217	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,89	24,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
218	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,89	24,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,39
219	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,12	45,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,26
220	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm²	1 szt.	5000223482503	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,22	60,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,07
221	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm²	1 szt.	5000223481421	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,61	27,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
222	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 21,6x23 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm²	1 szt.	5000223481452	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,00	32,40	34,34	42,47	42,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,74
223	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,26
224	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,37
225	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,01
226	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,25
227	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
228	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,95
229	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65
230	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
231	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
232	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
233	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
234	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78
235	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,97
236	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,18
237	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,33
238	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,57
239	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,66
240	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98
241	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,82
242	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
243	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
244	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
245	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,57
246	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
247	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
248	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
249	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
250	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
251	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932861557	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,10	9,83	10,42	12,48	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,31
252	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm²	1 szt.	5708932861571	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,18	15,31	16,23	19,19	9,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,67
253	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm²	1 szt.	5708932861564	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,44	31,80	33,71	38,88	19,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,36
254	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm²	1 szt.	5708932861540	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,23	5,65	6,19	7,54	3,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
255	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932861526	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,41	38,24	40,53	46,34	22,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
256	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861533	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	47,90	51,73	54,83	61,92	31,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,84
257	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,64
258	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,85
259	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,96
260	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,94
261	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm²	1 szt.	5708932861588	2024-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,44	39,36	41,72	51,01	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,26
262	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,52
263	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
264	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
265	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,72
266	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,21

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
277	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
278	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,57	9,26	9,81	13,67	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
279	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,00	18,36	19,46	25,78	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
280	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106423	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,13	27,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,15
281	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106485	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,00	36,72	38,92	48,21	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,46
282	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	6940610106515	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,05	71,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,32
283	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	6940610106546	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	92,91	92,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,87
284	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106607	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,57	9,26	9,81	13,20	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,21
285	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106690	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,57	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,59
286	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106751	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,40	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,43
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4260223630231	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,43	8,02	8,56	12,42	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,99
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4260223630248	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,41	12,32	13,06	19,38	19,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x30 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	4260223630262	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,07	18,44	19,54	27,37	27,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Curea P1, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	4260223630651	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	13,63	14,72	15,61	22,34	22,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,70
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Curea P1, 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	4260223630255	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	23,05	24,89	26,38	35,67	35,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,70
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm²	1 szt.	5000223466695	2026-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	10,30	14,39	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm²	1 szt.	5000223466725	2026-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	23,19	30,20	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,01
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,88
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,60
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,86
299	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
300	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,77
301	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,64
302	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,73
303	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
304	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,57	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,44
305	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,57	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
306	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,89	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
307	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,89	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,77
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,67	7,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,67	7,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,44	7,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,24
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,44	7,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,01
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,96
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,82
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,07
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,23
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,85	34,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,47
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,85	34,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,02
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,88	48,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,88	48,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,91	58,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,77
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,91	58,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,14
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,82
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,78
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,07
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,23
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,09	46,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,58
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,09	46,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,65
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,38	20,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,38	20,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,06
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,07
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,23
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,80	110,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,24
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,80	110,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,07
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,35	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,23
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,82	6,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,25
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,82	6,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,29
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343067321	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,20	7,78	8,32	12,18	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm²	1 szt.	8715343067338	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,80	11,66	12,37	17,47	17,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	8715343066157	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,25	15,39	16,32	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343067307	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	28,00	30,24	32,05	41,34	41,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,40
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	8715343067314	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	42,00	45,36	48,08	59,37	59,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	8715343048290	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	56,00	60,48	64,11	77,34	77,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,20
358	Emplastri microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
359	Emplastri microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
360	Emplastri microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,98	13,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,19
361	Emplastri microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,98	13,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,32	24,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,25
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,32	24,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,94
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,56	18,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,86
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,56	18,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,42
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,79	35,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,91
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,79	35,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	95,50	103,14	109,33	122,82	116,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,56
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	95,50	103,14	109,33	122,82	116,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,73
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,35
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,00
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,96
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,25
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,31
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,38
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7323190249473	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7323190249473	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,24	11,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190249497	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,39	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,11
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190249497	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,39	26,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,27
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190249459	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,86	6,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7323190249459	2026-04-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,86	6,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,96
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,56	18,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,86
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,56	18,14	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,42
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,90	35,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,02
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,90	35,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,35
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	9,99	7,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,81
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	9,99	7,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,59
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,06	30,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,02
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,06	30,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
392	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,29
393	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,11
394	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 20x50 cm, opatrunek jałowy, 1000 cm²	1 szt.	7332430003775	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	130,00	140,40	148,82	164,00	157,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
395	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	10,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,06
396	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	10,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
397	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
398	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,99
399	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm²	1 szt.	7323190179428	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,07	26,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
400	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm²	1 szt.	7323190179442	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,93	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68
401	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 10x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 200 cm²	1 szt.	7323190179541	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,40	15,55	16,48	22,80	22,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84
402	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190179572	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,55	48,11	51,00	62,29	62,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,69
403	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x40 cm, opatrunek specjalistyczny, 800 cm²	1 szt.	7323190179589	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	48,00	51,84	54,95	68,18	68,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,45
404	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
405	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
406	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
407	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
408	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
409	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,03
411	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
412	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,87
413	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
414	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,85
415	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
416	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,37
417	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
418	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,21
419	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
420	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,38
421	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
422	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520270	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,05	9,77	10,36	14,32	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,44
423	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm2	1 szt.	3546895520287	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,38	22,01	23,33	30,16	28,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,19
424	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520294	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,16	29,33	31,09	39,05	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,42
425	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520263	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,26	3,52	4,06	5,77	4,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,58
426	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm2	1 szt.	3546895520300	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,11	19,56	20,74	27,20	25,36	Przewlekłe owrzodzenia		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
427	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,91	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,48
428	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,36	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,48
429	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,37	65,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,61
430	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	15,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,84
431	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	15,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,27
432	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,52
433	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,11
434	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,55
435	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
436	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518079	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	12,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
437	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
438	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
439	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518116	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	12,68	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
440	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm²	1 szt.	3546895518123	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,80	15,98	16,95	22,64	21,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64
441	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518130	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
442	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm²	1 szt.	3546895518109	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,60	6,05	6,59	9,29	8,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,61
443	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm²	1 szt.	3546895518147	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,02	37,82	40,09	49,55	49,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,87
444	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm²	1 szt.	4056649067429	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,15	9,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
445	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,97	10,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
446	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
447	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,19	26,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
448	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,20	20,74	21,98	34,28	34,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,28
449	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	6940610104740	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,67	15,84	16,79	22,44	22,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
450	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	6940610104733	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,46	12,38	13,12	17,85	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,36
451	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm²	1 szt.	6940610104757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	27,50	29,70	31,48	39,65	39,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**
452	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm²	1 szt.	6940610104771	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,85	60,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,26
453	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
454	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
455	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
456	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,36
457	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,15
458	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
459	Emplastri polymerosa	Avilin Spray, opatrunek - spray, 90 ml	1 szt.	5907629361220	2025-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	28,80	31,10	32,97	41,74	41,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,52
460	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,50	7,02	7,56	10,52	9,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
461	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,50	7,02	7,56	10,52	9,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
470	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,96
471	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
472	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,67
473	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
474	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
475	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,25
476	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
477	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
478	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	91,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,32
479	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	91,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
480	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
481	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	91,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,31
482	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
483	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
484	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	91,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
485	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	91,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
486	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	91,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,31
487	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
488	Emplastri polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,83	153,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	46,15
489	Emplastri polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,83	153,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
490	Emplastri polyurethanum spumatum	PütterPro2 Lite, 10x650, opatrunek, 6500 cm²	1 szt.	4052199570891	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
491	Emplastri polyurethanum spumatum	PütterPro2, 10x650, opatrunek, 6500 cm²	1 szt.	4052199503868	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
492	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	6940610114831	2024-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,20	8,86	9,40	12,68	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,55
493	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	6940610114862	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,15	18,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,45
494	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	6940610114923	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,40	26,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12
495	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	6940610114954	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,22	46,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,71
496	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm²	1 szt.	6940610114893	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,71	7,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,53
497	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	6940610115043	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	12,84	11,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71
498	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	6940610115401	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,23	56,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
499	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	6940610115432	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	21,57	20,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,94
500	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm²	1 szt.	6940610115371	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,60	26,57	28,17	35,22	34,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,04
501	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2026-01-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,30	14,36	15,23	20,18	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	6,91
502	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2026-01-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,30	14,36	15,23	20,18	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	6,91
503	Igły do penów	BD Pen Needles 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	0382903207336	2025-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,24	13,22	14,01	18,96	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,69
504	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,91	18,91	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
505	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,91	18,91	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
506	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	06974540793347	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,98	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,71
507	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	06974540793330	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,98	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,71
508	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	06974540793323	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,98	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,71
509	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	06974540793316	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,98	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,71
510	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2026-04-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,24	13,22	14,01	18,96	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,69
511	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2026-04-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,24	13,22	14,01	18,96	18,96	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
512	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,79	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,54
513	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,79	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,31
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca		30%	11,85
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,40
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca		30%	11,94
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca		30%	22,22
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca		30%	11,74
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2025-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,18	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,25
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2025-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,18	39,13	Cukrzyca		30%	11,79
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

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

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

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

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3511,15	3792,04	4019,57	4019,57	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	4564,50	4929,66	5225,44	5225,44	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3511,15	3792,04	4019,57	2009,79	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutinibum	Calquence, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2025-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	03663502000373	2025-10-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	11000,00	11880,00	12592,80	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Kwas kargluminowy Waymade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08720865197265	2026-01-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	11000,00	11880,00	12592,80	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2026-01-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	10000,00	10800,00	11448,00	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	07613421130657	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.;<2>B.105.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. 0,4 ml	07613421130640	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.;<2>B.105.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	07613421130633	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.;<2>B.105.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg	1 amp.-strz. 0,8 ml	07622436107080	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.;<2>B.105.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	05996537018050	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
18	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml	05996537014243	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	05996537014250	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
20	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml	05996537016087	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
21	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
22	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
23	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
24	Aflibercептum	Afqlir, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 amp.-strzyk.	07622436125077	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
25	Aflibercептum	Eydenzelt, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.	05996537036054	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
26	Aflibercептum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml	1 fiol.a 0,263 ml	04057598023047	2024-10-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	5880,01	6350,41	6731,43	5048,56	B.70.	bezpłatny	0 zł
27	Aflibercептum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2025-01-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
28	Aflibercептum	Vgenfli, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 amp.-strzyk.	05903060632844	2026-04-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	B.70.	bezpłatny	0 zł
29	Aflibercептum	Vgenfli, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.	05903060632851	2026-04-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	B.70.	bezpłatny	0 zł
30	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2023-09-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5500,00	5940,00	6296,40	6296,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
31	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	10531,77	11374,31	12056,77	12056,77	B.104.	bezpłatny	0 zł
32	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1504,55	1624,91	1722,41	1722,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
33	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2025-04-01	2 lata	1190.0, Alectinib	20713,00	22370,04	23712,24	23712,24	B.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
34	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2025-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	26192,88	28288,31	29985,61	29985,61	B.29.	bezpłatny	0 zł
35	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2024-04-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1752,00	1892,16	2005,69	2005,69	B.22.	bezpłatny	0 zł
36	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2025-10-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
37	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2025-10-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
38	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
39	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
40	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
41	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2026-01-01	3 lata	1227.0, Amifamprydyna	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.121.	bezpłatny	0 zł
42	Amivantamabum	Rybrevant, roztwór do wstrzykiwań, 1600 mg	1 fiol. 10 ml	05413868125801	2026-04-01	2 lata	1354.0, Amiwantamab	25052,98	27057,22	28680,65	28600,08	B.6.	bezpłatny	0 zł
43	Amivantamabum	Rybrevant, roztwór do wstrzykiwań, 2240 mg	1 fiol. 14 ml	05413868125818	2026-04-01	2 lata	1354.0, Amiwantamab	35074,18	37880,11	40040,11	40040,11	B.6.	bezpłatny	0 zł
44	Amivantamabum	Rybrevant, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol. 7 ml	05413868120646	2026-04-01	2 lata	1354.0, Amiwantamab	5480,34	5918,77	6273,89	6256,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
45	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1153.0, Anakinra	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
46	Anifrolumabum	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 2 ml	05000456072700	2025-10-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	3940,00	4255,20	4510,51	4510,51	B.150.	bezpłatny	0 zł
47	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 240 mg	30 szt.	05413868122596	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
48	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
49	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2025-10-01	2 lata	1177.0, Apomorfina	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	B.90.	bezpłatny	0 zł
50	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	14447,38	B.14.	bezpłatny	0 zł
51	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	28894,75	B.14.	bezpłatny	0 zł
52	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	12 fiol. po 0,8 ml	05391527745112	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	172800,00	186624,00	188784,00	188784,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
53	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,45 ml	05391527745143	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	38880,00	41990,40	44150,40	44150,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
54	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,70 ml	05391527745136	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	60480,00	65318,40	67478,40	67478,40	B.165.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
55	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 1 ml	05391527745129	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	86400,00	93312,00	95472,00	95472,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
56	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2024-07-01/<2>2026-04-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
57	Atezolizumabum	Tecentriq, roztwór do wstrzykiwań, 1875 mg	1 fiol.a 15 ml	07613326061872	2026-04-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	B.6.	bezpłatny	0 zł
58	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fiol.a 14 ml	07613326025546	2026-04-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	11435,42	12350,25	13091,27	12467,88	B.6.	bezpłatny	0 zł
59	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	180 szt.	04150174419491	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	23815,46	25720,70	27263,94	27263,88	B.75.	bezpłatny	0 zł
60	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	04150174419323	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	3969,24	4286,78	4543,98	4543,98	B.75.	bezpłatny	0 zł
61	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991472474	2026-01-01	2 lata	1052.1, Awalglukozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
62	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08720165565009	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
63	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	08720165565016	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
64	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	08720165565214	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
65	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	08720165565153	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
66	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
67	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
68	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
69	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1223.0, Awelumab	3260,00	3520,80	3732,05	3732,05	<1>B.117.; <2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
70	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2024-10-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucel	1200000,00	1296000,00	1298160,00	1298160,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
71	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	23114,27	B.114.	bezpłatny	0 zł
72	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	34671,41	B.114.	bezpłatny	0 zł
73	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
74	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
75	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2026-04-01	3 lata	1249.0, Bedakilina	50966,48	55043,80	57203,80	57203,80	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
76	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
77	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
78	Berotralstatum	Orladeyo, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05391540110096	2026-01-01	2 lata	1347.0, Berotralstat	49561,00	53525,88	55685,88	55685,88	B.122.	bezpłatny	0 zł
79	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2026-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.21.	bezpłatny	0 zł
80	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
81	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
82	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2026-04-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
83	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
84	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2025-10-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3200,00	3456,00	3663,36	3663,36	B.66.	bezpłatny	0 zł
85	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413787222452	2024-10-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	3961,22	4278,12	4534,80	4235,76	B.35.; B.36.; B.82.	bezpłatny	0 zł
86	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2025-04-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	7399,99	7991,99	8471,51	8471,51	B.47.	bezpłatny	0 zł
87	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 320 mg/2 ml	1 wstrzykiwacz 2 ml	05413787222957	2026-01-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	7156,42	7728,93	8192,67	8192,67	B.161.	bezpłatny	0 zł
88	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 15 mg	84 szt.	03573994003922	<1>2026-04-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	<1>B.6.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł
89	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 45 mg	28 szt.	03573994008231	<1>2026-04-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	<1>B.6.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł
90	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 10 ml roztworu stabilizującego	05909991256371	2026-04-01	1 rok 6 miesięcy	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
91	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
92	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
93	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1000,00	1080,00	1144,80	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
94	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2024-10-01/<2>2026-01-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	<1>B.66; <2>B.77.	bezpłatny	0 zł
95	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	<1>2025-10-01/<2>2024-10-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1220000,00	1317600,00	1319760,00	1319760,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
96	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	18062,68	B.6.	bezpłatny	0 zł
97	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2629,67	2840,04	3010,45	3010,45	B.6.	bezpłatny	0 zł
98	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	7889,01	8520,13	9031,34	9031,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
99	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	15804,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
100	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2026-01-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł
101	Budesonidum	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg	120 szt.	04011548044179	2025-04-01	2 lata	1322.0, Budezonid	27331,43	29517,94	31289,03	31289,03	B.171.	bezpłatny	0 zł
102	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.	05038903003915	2026-01-01	2 lata	1287.0, Burosumab	10099,00	10906,92	11561,34	11561,34	B.151.	bezpłatny	0 zł
103	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2026-01-01	2 lata	1287.0, Burosumab	20198,00	21813,84	23122,67	23122,67	B.151.	bezpłatny	0 zł
104	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol.	05038903003939	2026-01-01	2 lata	1287.0, Burosumab	30297,00	32720,76	34684,01	34684,01	B.151.	bezpłatny	0 zł
105	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
106	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
107	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2025-07-01/<2><3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
108	Canakinumabum	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.	07613421054038	2025-01-01	2 lata	1316.0, Kanakinumab	43000,00	46440,00	48600,00	48600,00	B.33.	bezpłatny	0 zł
109	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103	2026-01-01	2 lata	1294.0, Kannabidiol	4332,50	4679,10	4959,85	4959,85	B.153.; B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
110	Capivasertibum	Truqap, tabl. powl., 160 mg	64 szt.	05000456083119	2025-10-01	2 lata	1341.0, Kapiwasertyb	24334,64	26281,41	27858,30	22286,64	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
111	Capivasertibum	Truqap, tabl. powl., 200 mg	64 szt.	05000456083126	2025-10-01	2 lata	1341.0, Kapiwasertyb	24334,64	26281,41	27858,30	27858,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
112	Caplacizumabum	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strzyk.	05909991413385	2024-10-01	2 lata	1307.0, Kaplacyzumab	15437,49	16672,49	17672,84	17672,84	B.164.	bezpłatny	0 zł
113	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	640,62	691,87	733,38	733,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
114	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	1921,85	2075,60	2200,13	2200,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
115	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	3843,70	4151,20	4400,27	4400,27	B.54.	bezpłatny	0 zł
116	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1><4>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2026-01-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1231.0, Cemiplimab	14200,00	15336,00	16256,16	16256,16	<1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125.; <4>B.159.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
117	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2025-10-01/<4>2025-01-01/<5>2024-10-01	3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2514,17	2715,30	2878,22	2878,22	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
118	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
119	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
120	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
121	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2025-04-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
122	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2025-04-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
123	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2025-04-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
124	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05903060629707	2026-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
125	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05903060629714	2026-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
126	Cinacalcetum	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05903060629721	2026-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
127	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	5918,65	6392,14	6775,67	6752,14	B.29.	bezpłatny	0 zł
128	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	23674,60	25568,57	27102,69	27008,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
129	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	35511,91	38352,86	40512,86	40512,86	B.29.	bezpłatny	0 zł
130	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2025-10-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	15000,00	16200,00	17172,00	17172,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
131	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2025-10-01	2 lata	1151.0, Kryzotynib	12778,72	13801,02	14629,08	14629,08	B.6.	bezpłatny	0 zł
132	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2025-10-01	2 lata	1151.0, Kryzotynib	15973,40	17251,27	18286,34	18286,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
133	Crovalimab	Piasky, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 340 mg	1 fiol. 2 ml	07613326085861	2025-10-01	2 lata	1343.0, Krowalimab	38252,25	41312,43	43472,43	43472,43	B.96.	bezpłatny	0 zł
134	Dabrafenibum	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg	210 szt.	07613421107598	2025-10-01	2 lata	1136.1, Dabrafenib-2	4324,95	4670,95	4951,21	4951,21	B.177.	bezpłatny	0 zł
135	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	12357,00	13345,56	14146,29	14146,29	B.59.	bezpłatny	0 zł
136	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	2883,30	3113,96	3300,80	3300,80	B.59.	bezpłatny	0 zł
137	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	18535,50	20018,34	21219,44	21219,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
138	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4324,95	4670,95	4951,21	4951,20	B.59.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
139	Danicopanum	Voydeya, tabl. powl., 100 mg	180 szt.	05391527740902	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	26667,00	28800,36	30528,38	30528,38	B.96.	bezpłatny	0 zł
140	Danicopanum	Voydeya, tabl. powl., 50+100 mg	180 szt. (90 tabl. 50 mg + 90 tabl. 100 mg)	05391527740919	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	20000,00	21600,00	22896,00	2289,63	B.96.	bezpłatny	0 zł
141	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
142	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
143	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
144	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
145	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł
146	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
147	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2024-07-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
148	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg	1 implant doszklistkowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklistego	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
149	Dimethylis fumaras	Balfumon, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	09008732018004	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
150	Dimethylis fumaras	Balfumon, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	09008732018011	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
151	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05055565795026	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
152	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05055565795033	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
153	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Aurovitas, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05907394784286	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,10	287,39	304,64	304,64	B.29.	bezpłatny	0 zł
154	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Aurovitas, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05907394784293	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,00	2299,32	2437,28	2437,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
155	Dimethylis fumaras	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05907594033559	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
156	Dimethylis fumaras	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05907594033566	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
157	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Glenmark, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	08595112679142	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
158	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Glenmark, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	08595112679135	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
159	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991560010	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
160	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991560058	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
161	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991557287	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
162	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991557294	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
163	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991521226	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
164	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991521318	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
165	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991525675	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
166	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991525682	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
167	Dimethylis fumaras	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	07613421110314	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
168	Dimethylis fumaras	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	07613421110321	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
169	Dimethylis fumaras	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991515607	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
170	Dimethylis fumaras	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991515645	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
171	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	709,69	766,47	812,45	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
172	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2838,76	3065,86	3249,82	2437,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
173	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2024-10-01	2 lata 6 miesięcy	1208.0, Dinutuksymab beta	36075,51	38961,55	41121,55	41121,55	B.110.	bezpłatny	0 zł
174	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2025-04-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
175	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
176	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 wstrzykiwacze 1,14 ml	05909991490591	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
177	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
178	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 wstrzyk. po 2 ml	05909991490614	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2026-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
179	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,67	<1>B.5.; <2>B.6.; <3>B.148.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
180	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	<1>B.6.; <2>B.148.	bezpłatny	0 zł
181	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	9563,06	10328,10	10947,79	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
182	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2026-04-01	3 lata	1171.0, Ekulizumab	12750,75	13770,81	14597,06	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
183	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444346	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6980,00	7538,40	7990,70	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
184	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444353	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	13960,00	15076,80	15981,41	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
185	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444261	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1745,00	1884,60	1997,68	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
186	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444360	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	20940,00	22615,20	23972,11	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
187	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 4000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444377	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	27920,00	30153,60	31962,82	11310,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
188	Efanesoctocog alfa	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444322	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3490,00	3769,20	3995,35	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
189	Efgartigimod alfa	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. 20 ml	04150179912881	2026-04-01	2 lata	1297.0, Efgartigimod alfa	25851,45	27919,57	29594,74	29594,74	B.157.	bezpłatny	0 zł
190	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2160,00	2332,80	2472,77	2472,77	B.15.	bezpłatny	0 zł
191	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3240,00	3499,20	3709,15	3709,15	B.15.	bezpłatny	0 zł
192	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4320,00	4665,60	4945,54	4945,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
193	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	540,00	583,20	618,19	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł
194	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6480,00	6998,40	7418,30	7418,30	B.15.	bezpłatny	0 zł
195	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
196	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
197	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
198	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
199	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
200	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
201	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2025-01-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
202	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2026-04-01	3 lata	1269.0, Elotuzumab	4408,00	4760,64	5046,28	5046,28	B.54.	bezpłatny	0 zł
203	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2026-04-01	3 lata	1269.0, Elotuzumab	5877,33	6347,52	6728,37	6728,37	B.54.	bezpłatny	0 zł
204	Elranatamab	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,1 ml	05415062116289	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	12665,00	13678,20	14498,89	14498,89	B.54.	bezpłatny	0 zł
205	Elranatamab	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,9 ml	05415062116272	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	21878,00	23628,24	25045,93	25043,54	B.54.	bezpłatny	0 zł
206	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05055565799574	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	2413,67	2558,49	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
207	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05055565799581	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	4827,34	5116,99	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
208	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	08595112679432	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	1481,48	1600,00	1696,00	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
209	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	08595112679449	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2962,96	3200,00	3392,00	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
210	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989770884	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	2413,67	2558,49	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
211	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	03838989770877	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	4827,34	5116,99	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
212	Eltrombopagum	Eltrombopag MSN, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991575557	2026-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	1481,48	1600,00	1696,00	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
213	Eltrombopagum	Eltrombopag MSN, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991575588	2026-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2962,96	3200,00	3392,00	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
214	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991556037	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	2413,67	2558,49	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
215	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991555962	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	4827,34	5116,99	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
216	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991569136	2026-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	1481,48	1600,00	1696,00	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
217	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991569143	2026-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2962,96	3200,00	3392,00	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
218	Eltrombopagum	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991569150	2026-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4444,44	4800,00	5088,00	5088,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
219	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05901797711337	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2100,00	2268,00	2404,08	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
220	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05901797711344	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4200,00	4536,00	4808,16	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
221	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991553975	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	2413,67	2558,49	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
222	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991553999	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	4827,34	5116,99	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
223	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	1696,00	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
224	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	3392,00	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
225	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326004442	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	13968,25	15085,71	15990,86	15949,71	B.15.	bezpłatny	0 zł
226	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,7 ml	07613326004534	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	24444,44	26400,00	27984,00	27912,00	B.15.	bezpłatny	0 zł
227	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004763	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	34920,63	37714,28	39874,28	39874,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
228	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326059008	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	2793,65	3017,14	3198,17	3189,94	B.15.	bezpłatny	0 zł
229	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004756	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	6984,13	7542,86	7995,43	7974,86	B.15.	bezpłatny	0 zł
230	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	2639,00	2850,12	3021,13	2900,28	B.59.	bezpłatny	0 zł
231	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	<1>2026-04-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1213.0, Enkorafenib	5700,23	6156,25	6525,62	6525,62	<1>B.6.; <2>B.59.	bezpłatny	0 zł
232	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430	2026-01-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	2813,00	3038,04	3220,32	3220,32	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
233	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447	2026-01-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	4219,50	4557,06	4830,48	4830,48	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
249	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
250	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
251	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	87,30	94,28	99,94	99,94	B.31.	bezpłatny	0 zł
252	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	261,90	282,85	299,82	299,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
253	Eptinezumabum	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 ml	05702150155733	2025-07-01	2 lata	1335.0, Eptinezumab	3800,00	4104,00	4350,24	4350,24	B.133.	bezpłatny	0 zł
254	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powl., 3 mg	84 szt.	05413868125771	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
255	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05413868125764	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
256	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05413868125757	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
257	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2024-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1237,93	1336,96	1417,19	1417,19	B.133.	bezpłatny	0 zł
258	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2025-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł
259	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	08809593172420	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
260	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	08809593172413	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
261	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
262	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
263	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	712,50	769,50	815,67	815,67	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
264	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
265	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
266	Etanerceptum	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	05397315001361	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
267	Etanerceptum	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze	05397315001378	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
268	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2025-10-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1338,07	1445,12	1531,82	1531,82	B.101.	bezpłatny	0 zł
269	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
270	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	840,00	907,20	961,63	961,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
271	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
272	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
273	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573615	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1260,00	1360,80	1442,45	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
274	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573554	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	315,00	340,20	360,61	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
275	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573561	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	630,00	680,40	721,22	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
276	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
277	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
278	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
279	Farycymab	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 fiol. 0,24 ml + 1 igła	07613326050708	2026-01-01	2 lata	1293.0, Farycymab	2850,45	3078,49	3263,20	3263,20	B.70.	bezpłatny	0 zł
280	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2024-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
281	Fenfluraminum	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml	120 ml	05413787222018	2025-01-01	2 lata	1313.0, Fenfluramina	4167,41	4500,80	4770,85	4770,85	B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
282	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	08020030001428	2025-04-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.33.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
283	Fingolimodum	Chantico, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	09008732012316	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
284	Fingolimodum	Efigalo, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03838989774172	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
285	Fingolimodum	Fenoxa, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991443894	2026-04-01	3 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
286	Fingolimodum	Fimodigo, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05901812161949	2026-01-01	3 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
287	Fingolimodum	Fingolimod Adamed, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05900411007078	2025-10-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
288	Fingolimodum	Fingolimod Aurovitas, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991474621	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2750,00	2970,00	3148,20	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
289	Fingolimodum	Fingolimod Reddy, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	04251958600460	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
290	Fingolimodum	Fingolimod Richter, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05997001333303	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
291	Fingolimodum	Fingolimod Solinea, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991458850	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
292	Fingolimodum	Fingolimod Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991469641	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
293	Fingolimodum	Fingolimod Zentiva, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991461157	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
294	Fingolimodum	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03830070471786	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
295	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2025-01-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
296	Foslevodopum + Foscarbidopum	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml	7 fiol. po 10 ml	08054083025162	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2498,94	B.90.	bezpłatny	0 zł
297	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2024-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1732,50	1871,10	1983,37	1983,37	B.133.	bezpłatny	0 zł
298	Fruquintinibum	Fruzaqla, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	07038319163867	2025-10-01	2 lata	1339.0, Frukwintynib	3620,00	3909,60	4144,18	4144,18	B.4.	bezpłatny	0 zł
299	Fruquintinibum	Fruzaqla, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	07038319163973	2025-10-01	2 lata	1339.0, Frukwintynib	18100,00	19548,00	20720,88	20720,88	B.4.	bezpłatny	0 zł
300	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2024-10-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	25740,00	27799,20	29467,15	29467,15	B.114.	bezpłatny	0 zł
301	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2024-10-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	74000,00	79920,00	82080,00	82080,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
302	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2026-01-01	3 lata	1237.0, Giwosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.	bezpłatny	0 zł
303	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp.-strzyk	05909990017065	2024-10-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
304	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strzyk	05909991216382	2025-01-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2700,00	2916,00	3090,96	2649,39	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
305	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powl., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
306	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 ml	07613326068468	2026-04-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	13316,55	14381,87	15244,78	15244,78	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
307	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg	1 fiol. 2,5 ml	07613326068871	2026-04-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	3329,14	3595,47	3811,20	3811,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
308	Glyceroli phenylbutyras	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2025-01-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł
309	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2024-10-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,00	2772,36	2938,70	2938,70	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
310	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2025-04-01	1 rok 6 miesięcy	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9547,63	B.47.	bezpłatny	0 zł
311	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2025-07-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
312	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05413868117011	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	7676,00	8290,08	8787,48	8787,48	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
313	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg	30 szt.	05413868117028	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	15352,00	16580,16	17574,97	17574,96	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
314	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg	30 szt.	05413868117035	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	23028,00	24870,24	26362,45	26362,44	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
315	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	30704,00	33160,32	35149,94	35149,92	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
316	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2026-01-01	2 lata	1062.0, Idursulfase	9040,00	9763,20	10348,99	10348,99	B.25.	bezpłatny	0 zł
317	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp.po 1 ml	05908229300633	2025-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1762,89	1903,92	2018,15	2018,15	B.31.	bezpłatny	0 zł
318	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2025-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1321,25	1426,95	1512,57	1441,54	B.31.	bezpłatny	0 zł
319	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2025-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
320	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
321	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
322	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2025-01-01/<2><3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1325,00	1431,00	1516,86	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
323	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2650,00	2862,00	3033,72	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
324	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	600,00	648,00	686,88	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
325	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1200,00	1296,00	1373,76	1190,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
326	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	300,00	324,00	343,44	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
327	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
328	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
329	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
330	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
331	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata 9 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
332	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
333	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	5953,00	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
334	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	744,13	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
335	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	8929,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
336	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1488,25	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
337	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	300,00	324,00	343,44	303,37	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
338	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
339	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
340	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
341	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	9101,16	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
342	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
343	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	100 ml	05909990725793	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
344	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	200 ml	05909990725809	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
345	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	25 ml	05909990725823	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
346	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	400 ml	05909991078676	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	12000,00	12960,00	13737,60	12134,88	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
347	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	50 ml	05909990725786	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
348	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991527310	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	B.17.	bezpłatny	0 zł
349	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991527327	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
350	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909991527334	2025-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
351	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2025-10-01	2 lata	1261.0, Inklisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
352	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1><2><3><4><6>2024-07-01/<5>2025-07-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
353	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2026-01-01/<2><3><4><5>2025-10-01	<1><6>2 lata/<2><3><4><5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
354	Infliximabum	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg	1 wstrzyk. 1 ml	05996537011242	2026-01-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	712,00	768,96	815,10	714,36	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.55.	bezpłatny	0 zł
355	Infliximabum	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg	2 wstrzyk. 1 ml	05996537011259	2025-10-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1424,00	1537,92	1630,20	1428,72	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.55.	bezpłatny	0 zł
356	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><2><3><4><6>2026-04-01/<5>2025-04-01	<1><6>2 lata/<2><3><4><5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
357	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2025-01-01	2 lata 6 miesięcy	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	39392,10	42543,47	44703,47	44703,47	B.65.	bezpłatny	0 zł
358	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
359	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
360	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
361	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
362	Interferonum beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2025-01-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2105,00	2273,40	2409,80	2409,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
363	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909990872442	<1>2025-04-01/<2>2026-04-01/<3>2025-01-01/<4>2024-07-01/<5><6>2025-10-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	11983,11	12941,76	13718,27	13481,76	<1>B.4.; <2>B.5.; <3>B.6.; <4>B.10.; <5>B.58.; <6>B.59.	bezpłatny	0 zł
364	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol. po 40 ml	05909990872459	<1>2025-04-01/<2>2026-04-01/<3>2025-01-01/<4>2024-07-01/<5><6>2025-10-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	47932,43	51767,02	53927,02	53927,02	<1>B.4.; <2>B.5.; <3>B.6.; <4>B.10.; <5>B.58.; <6>B.59.	bezpłatny	0 zł
365	Iptacopan	Fabhalta, kaps. twarde, 200 mg	56 szt.	07613421171520	2026-01-01	2 lata	1345.0, Iptakopan	120600,00	130248,00	132408,00	132408,00	B.96.	bezpłatny	0 zł
366	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 25 ml	05909991427832	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
367	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991427818	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
368	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
369	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
370	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 59,5 mg	28 szt.	00351167175309	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
371	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
372	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	28 szt.	00351167174302	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
373	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
374	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2026-04-01	6 miesięcy	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
375	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2026-04-01	6 miesięcy	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
376	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg	28 szt.	00351167200902	2026-04-01	2 lata 6 miesięcy	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
377	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg	28 szt.	00351167201008	2026-04-01	2 lata 6 miesięcy	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
378	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powl., 37,5+25+50 mg	56 szt.	00351167149409	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
379	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulat w saszetce, 60+40+80 mg	28 szt.	00351167173305	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
380	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulat w saszetce, 75+50+100 mg	28 szt.	00351167172704	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
381	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
382	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powl., 250 mg	60 szt.	03664898120737	2025-01-01	2 lata	1317.0, Iwosydenib	47048,13	50811,98	52971,98	52971,98	B.114.	bezpłatny	0 zł
383	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
384	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
385	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
386	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2025-01-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2><4>2 lata/<3>9 miesięcy	1184.0, Iksekizumab	8422,00	9095,76	9641,51	9641,51	<1>B.35.;<2>B.36.;<3>B.47.;<4>B.82.	bezpłatny	0 zł
387	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2025-04-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
388	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2026-04-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	74,60	80,57	85,41	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
389	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2025-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
390	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2025-01-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	49853,42	53841,69	56001,69	56001,69	B.122.	bezpłatny	0 zł
391	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzyk.	07038319167698	2026-01-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	49853,42	53841,69	56001,69	56001,69	B.122.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
392	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2025-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
393	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,28	B.144.	bezpłatny	0 zł
394	Larotrectinibum	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
395	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
396	Lazertinib	Lazcluze, tabl. powl., 240 mg	28 szt.	05413868125788	2026-04-01	2 lata	1355.0, Lazertynib	21466,67	23184,00	24575,04	24575,04	B.6.	bezpłatny	0 zł
397	Lazertinib	Lazcluze, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05413868125795	2026-04-01	2 lata	1355.0, Lazertynib	21466,67	23184,00	24575,04	24575,04	B.6.	bezpłatny	0 zł
398	Lebrikizumabum	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg	1 amp.-strzyk. 2 ml	08430308134091	2025-07-01	2 lata	1331.0, Lebrykizumab	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.124.	bezpłatny	0 zł
399	Letermovirum	Prevymis, tabl. powl., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
400	Letermovirum	Prevymis, tabl. powl., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
401	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
402	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2025-04-01	3 lata	1234.0, Lewofloksacyna	9052,36	9776,55	10363,14	10363,14	B.27.	bezpłatny	0 zł
403	Lisocabtagene maraleucel	Breyanzi, dyspersja do infuzji, 1,1–70 x 10^6 komórek/ml / 1,1–70 x 10^6 komórek/ml	1 zestaw	08027950801787	2026-04-01	2 lata	1226.3, Lizokabtagen maraleucel	1200000,00	1296000,00	1298160,00	1298160,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
404	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	5016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Karnityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
405	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł
406	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł
407	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł
408	Loncastuximabum tesirini	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 mg	07350031444193	2025-01-01	2 lata	1315.0, Lonkastuksymab tezyryny	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18155,16	19607,57	20784,03	20784,03	B.6.	bezpłatny	0 zł
410	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13616,37	14705,68	15588,02	15588,02	B.6.	bezpłatny	0 zł
411	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2026-04-01	2 lata	1238.0, Lumazyran	154834,78	167221,56	169381,56	169381,56	B.129.	bezpłatny	0 zł
412	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
413	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
414	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2025-01-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
415	Macitentanum	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2026-01-01	3 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
416	Maralixibatum	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml	30 ml	08720696500012	2025-07-01	2 lata	1334.0, Maraliksybat	101642,15	109773,52	111933,52	111933,52	B.175.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
417	Maribavirum	Livtencity, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	07038319161382	2025-04-01	2 lata	1321.0, Maribawir	22752,98	24573,22	26047,61	26047,61	B.168.	bezpłatny	0 zł
418	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	08027950800742	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
419	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	08027950800759	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
420	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	08027950800728	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
421	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	08027950800735	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
422	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2026-01-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
423	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
424	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
425	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2025-10-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	880,00	950,40	1007,42	1007,42	B.61.	bezpłatny	0 zł
426	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2025-01-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4420,00	4773,60	5060,02	5060,02	B.61.	bezpłatny	0 zł
427	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
428	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
429	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2026-04-01	3 lata	1215.0, Migalastatum	59787,86	64570,89	66730,89	66730,89	B.104.	bezpłatny	0 zł
430	Mirikizumabum	Omvoh, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05999885490219	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
431	Mirikizumabum	Omvoh, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml	1 fiol. 15 ml	05999885490202	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
432	Mirvetuximabum soravtansinum	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. 20 ml	08054083029306	2025-10-01	2 lata	1344.0, Mirwetuksymab sorawtanzyna	12200,00	13176,00	13966,56	13966,56	B.50.	bezpłatny	0 zł
433	Mogamulizumabum	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05038903004233	2024-10-01	2 lata	1300.0, Mogamulizumab	4958,00	5354,64	5675,92	5675,92	B.66.	bezpłatny	0 zł
434	Momelotinibum	Omjjara, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991526177	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
435	Momelotinibum	Omjjara, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991526184	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
436	Momelotinibum	Omjjara, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991526191	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
437	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. po 1 ml	07613326061001	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	905,47	977,91	1036,58	1036,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
438	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. po 30 ml	07613326061087	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	27163,96	29337,08	31097,30	31097,30	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
439	Natalizumabum	Tyruko, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	07613421131517	2025-10-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	4275,00	4617,00	4894,02	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
440	Natalizumabum	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05713219560252	2026-04-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
441	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2025-01-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
442	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4365,00	4714,20	4997,05	4997,05	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
443	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	7740,00	8359,20	8860,75	8860,75	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
444	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
445	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
446	Niraparibum	Zejula, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991515201	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
447	Niraparibum	Zejula, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991515218	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł
448	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powl., 100 + 500 mg	56 szt.	05413868122459	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
449	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powl., 50 + 500 mg	56 szt.	05413868122442	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
450	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	07350031442182	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5850,00	6318,00	6697,08	6697,08	B.76.	bezpłatny	0 zł
451	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 szt.	07350031442267	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1170,00	1263,60	1339,42	1339,42	B.76.	bezpłatny	0 zł
452	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 szt.	07350031441833	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	11700,00	12636,00	13394,16	13394,16	B.76.	bezpłatny	0 zł
453	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	07350031442229	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2925,00	3159,00	3348,54	3348,54	B.76.	bezpłatny	0 zł
454	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991220518	2026-04-01	<1><2><3><4><6><7><9>2 lata/<5><8>3 lata	1144.0, Niwolumab	4673,33	5047,20	5350,03	5350,03	<1>B.4.; <2>B.5.; <3>B.6.; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.77.; <9>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
455	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 4 ml	05909991220501	2026-04-01	<1><2><3><4><6><7><9>2 lata/<5><8>3 lata	1144.0, Niwolumab	1869,33	2018,88	2140,01	2140,01	<1>B.4.; <2>B.5.; <3>B.6.; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.77.; <9>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
456	Niwolumab + Relatlimab	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg	1 fiol. 20 ml	08027950800476	2026-04-01	2 lata	1144.1, Niwolumab + Relatlimab	28526,00	30808,08	32656,56	32656,56	B.59.	bezpłatny	0 zł
457	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
458	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
459	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
460	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
461	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2026-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	285950,00	308826,00	310986,00	310986,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
462	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2024-10-01/<2>2024-07-01	2 lata	1148.0, Obinutuzumab	9700,00	10476,00	11104,56	11104,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
463	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2025-01-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
464	Ocrelizumabum	Ocrevus, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 23 ml	07613326075824	2025-07-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	41666,00	44999,28	47159,28	47159,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
465	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2024-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2470,00	2667,60	2827,66	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
466	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3705,00	4001,40	4241,48	4241,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
467	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4940,00	5335,20	5655,31	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
468	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	617,50	666,90	706,91	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
469	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7410,00	8002,80	8482,97	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
470	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1235,00	1333,80	1413,83	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
471	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odewiksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
472	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odewiksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
473	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odewiksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
474	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odewiksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
475	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2025-01-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
476	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05000456031325	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
477	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05000456031318	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
478	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508	2024-04-01	4 lata	1296.0, Olipudaza alfa	14860,00	16048,80	17011,73	17011,73	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
479	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696	2024-04-01	4 lata	1296.0, Olipudaza alfa	2972,00	3209,76	3402,35	3402,35	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
480	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05996537021098	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	720,00	777,60	824,26	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
481	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 wstrzykiwacz	05996537027083	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	720,00	777,60	824,26	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
482	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	10 amp.-strzyk.	05996537021128	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
483	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05996537022071	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	360,00	388,80	412,13	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
484	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 wstrzykiwacz	05996537028073	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	360,00	388,80	412,13	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
485	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103590	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
486	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103514	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
487	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103774	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	2264,40	2445,55	2592,28	1648,52	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
488	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103675	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	2264,40	2445,55	2592,28	1648,52	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
489	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103965	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
490	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 75 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103873	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
491	Omaveloxolonum	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg	90 szt.	00373179500443	2025-07-01	2 lata	1333.0, Omaweloksolon	99703,11	107679,36	109839,36	109839,36	B.174.	bezpłatny	0 zł
492	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
493	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
494	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
495	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
496	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
497	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
498	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
499	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
500	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
501	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
502	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
503	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
504	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
505	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
506	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
507	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
508	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
509	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
510	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
511	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
512	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
513	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
514	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
515	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
516	Oxybutynini hydrochloridum	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml	100 amp.-strzyk. 10 ml	05909991398705	2025-01-01	2 lata	1312.0, Oksybutynina	7500,00	8100,00	8586,00	8586,00	B.73.	bezpłatny	0 zł
517	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
518	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
519	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2026-04-01	6 miesięcy	1194.0, Palbocyklib	8316,00	8981,28	9520,16	9520,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
520	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2026-04-01	6 miesięcy	1194.0, Palbocyklib	8316,00	8981,28	9520,16	9520,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
521	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2026-04-01	6 miesięcy	1194.0, Palbocyklib	8316,00	8981,28	9520,16	7140,12	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
522	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł
523	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł
524	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2026-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	56,50	61,02	64,68	64,68	B.39.	bezpłatny	0 zł
525	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2026-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	145,00	156,60	166,00	166,00	B.39.	bezpłatny	0 zł
526	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	03663502003534	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotyd	6874,46	7424,42	7869,88	4084,18	B.99.	bezpłatny	0 zł
527	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	03663502003510	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotyd	7135,18	7705,99	8168,35	8168,35	B.99.	bezpłatny	0 zł
528	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	03663502003503	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotyd	7896,53	8528,25	9039,95	9039,95	B.99.	bezpłatny	0 zł
529	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 54 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07350031443950	2025-10-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
530	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 54 mg/ml	8 fiol. 20 ml	07350031443967	2025-10-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	bezpłatny	0 zł
531	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
532	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
533	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
534	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	2444,72	B.29.	bezpłatny	0 zł
535	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	1535,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
536	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	6930,00	7484,40	7933,46	7933,46	B.99.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
537	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	10395,00	11226,60	11900,20	11900,19	B.99.	bezpłatny	0 zł
538	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	13860,00	14968,80	15866,93	15866,92	B.99.	bezpłatny	0 zł
539	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	17325,00	18711,00	19833,66	19833,65	B.99.	bezpłatny	0 zł
540	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2025-04-01/<5><7>2024-10-01/<2><3><9>2025-07-01/<4><8><10>2025-10-01	<1><6>1 rok 3 miesiące/<2><3><9>1 rok/<4><8><10>9 miesięcy/<5><7>1 rok 9 miesięcy	1143.0, Pembrolizumab	13039,48	14082,64	14927,60	14927,60	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.148.; <9>B.141.FM.; <10>B.159.	bezpłatny	0 zł
541	Pemigatinibum	Pemazyre, tabl., 13,5 mg	14 szt.	07640159430766	2026-04-01	2 lata	1353.0, Pemigatynib	26900,00	29052,00	30795,12	30795,12	B.5.	bezpłatny	0 zł
542	Pemigatinibum	Pemazyre, tabl., 4,5 mg	14 szt.	07640159430742	2026-04-01	2 lata	1353.0, Pemigatynib	26900,00	29052,00	30795,12	30795,12	B.5.	bezpłatny	0 zł
543	Pemigatinibum	Pemazyre, tabl., 9 mg	14 szt.	07640159430759	2026-04-01	2 lata	1353.0, Pemigatynib	26900,00	29052,00	30795,12	30795,12	B.5.	bezpłatny	0 zł
544	Pentozanu wielosiarczan sodowy	Elmiron, kaps.twarde, 100 mg	90 szt.	04260078520176	2026-01-01	2 lata	1348.0, Polisiarczan pentozanu sodu	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	B.178.	bezpłatny	0 zł
545	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2024-04-01	3 lata	1147.0, Pertuzumab	8874,00	9583,92	10158,96	10158,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
546	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991530396	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
547	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991530389	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	400,00	432,00	457,92	457,92	B.87.	bezpłatny	0 zł
548	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991530419	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
549	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
550	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	504,63	545,00	577,70	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
551	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
552	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
553	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991494193	2023-11-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	479,40	517,75	548,81	548,81	B.87.	bezpłatny	0 zł
554	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
555	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991523336	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
556	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991523329	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	610,00	658,80	698,33	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
557	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991523367	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
558	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
559	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	500,00	540,00	572,40	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
560	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
561	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2026-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
562	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2026-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
563	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
564	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
565	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	03760250441806	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
566	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
567	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	03760250441813	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
568	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
569	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	4 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
570	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165939	2026-01-01	2 lata	1351.0, rADAMTS13	16365,00	17674,20	18734,65	18734,64	B.164.	bezpłatny	0 zł
571	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165922	2026-01-01	2 lata	1351.0, rADAMTS13	5455,00	5891,40	6244,88	6244,88	B.164.	bezpłatny	0 zł
572	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<1>B.58.	bezpłatny	0 zł
573	Ranibizumab	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	04260764190058	2024-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1087,90	1174,93	1245,42	1245,42	B.70.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
574	Ranibizumab	Rimmyrah, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	08434805000552	2025-04-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	850,00	918,00	973,08	973,08	B.70.	bezpłatny	0 zł
575	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2025-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1245,42	B.70.	bezpłatny	0 zł
576	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	<1>2025-10-01/<2>2025-01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł
577	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	<1>2025-10-01/<2>2025-01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł
578	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	42 szt.	07613421186548	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	6337,85	6844,88	7255,57	7255,57	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
579	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2024-10-01	2 lata 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,36	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
580	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	1439,30	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
581	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2878,60	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
582	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
583	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
584	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
585	Ripretinibum	Qinlock, tabl., 50 mg	90 szt.	03400930243640	2025-07-01	2 lata	1329.0, Ripretynib	78315,00	84580,20	86740,20	86740,20	B.172.	bezpłatny	0 zł
586	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
587	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2024-10-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
588	Risdiplamum	Evrysdi, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	07613326078528	2026-01-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	71150,00	76842,00	79002,00	79002,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
589	Ritlecitinibum	Litfulo, kaps.twarde, 50 mg	30 szt.	05415062109823	2025-07-01	2 lata	1330.0, Ritlecytynib	3202,00	3458,16	3665,65	3665,65	B.173.	bezpłatny	0 zł
590	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1><3><4><5>2026-01-01/<2><6>2025-01-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1009,72	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
591	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1><3><4><7>2026-01-01/<2><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><8>3 lata/<2><3><4><5><6><7>2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2524,30	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.135.; <6>B.150; <7>B.157.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
592	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157.	bezpłatny	0 zł
593	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.;<5>B.135.;<6>B.150;<7>B.157.	bezpłatny	0 zł
594	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.<5>B.157.	bezpłatny	0 zł
595	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.;<2>B.75.;<3>B.97.;<4>B.98.;<5>B.135.;<6>B.150;<7>B.157.	bezpłatny	0 zł
596	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.;<2>B.98.	bezpłatny	0 zł
597	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.;<2>B.98.	bezpłatny	0 zł
598	Romosozumabum	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml	2 amp.-strz. 1,17 ml	05413787222025	2026-04-01	2 lata	1299.0, Romosozumab	1555,50	1679,94	1780,74	1780,74	B.160.	bezpłatny	0 zł
599	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1093,78	1181,28	1252,16	1252,16	B.37.	bezpłatny	0 zł
600	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1640,68	1771,93	1878,25	1878,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
601	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,43	B.37.	bezpłatny	0 zł
602	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	546,89	590,64	626,08	626,08	B.37.	bezpłatny	0 zł
603	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	765,63	826,88	876,50	876,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
604	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	04150152358903	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
605	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powl., 250 mg	60 szt.	04150152359153	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
606	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	04150152359214	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
607	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
608	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
609	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
610	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	07038319157040	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
611	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
612	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	9201,33	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
613	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
614	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
615	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6028,13	6510,38	6901,01	4600,67	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
616	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2025-10-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	3530,00	3812,40	4041,14	4041,14	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
617	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2025-01-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
618	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991203832	2026-01-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1180.0, Sekukinumab	3115,44	3364,68	3566,56	3566,56	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.; <6>B.161.	bezpłatny	0 zł
619	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	2026-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1180.0, Sekukinumab	3115,44	3364,68	3566,56	3566,56	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.161.	bezpłatny	0 zł
620	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	07613421049416	2026-01-01	3 lata	1180.0, Sekukinumab	778,86	841,17	891,64	891,64	B.33.; B.47.	bezpłatny	0 zł
621	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
622	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
623	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
624	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
625	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	24593,33	26560,80	28154,44	28154,44	B.31.	bezpłatny	0 zł
626	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
627	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
628	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
629	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2026-04-01	3 lata	1217.0, Seleksypag	10540,00	11383,20	12066,19	12066,19	B.31.	bezpłatny	0 zł
630	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	4 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11331,15	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
631	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	4 lata	1283.0, Selperkatynib	39967,22	43164,60	45324,60	45324,60	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
632	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05000456070058	2026-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	21495,34	23214,97	24607,86	24078,96	B.155.	bezpłatny	0 zł
633	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg	60 szt.	05000456070065	2026-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	53738,34	58037,41	60197,41	60197,41	B.155.	bezpłatny	0 zł
634	Serplulimabum	Hetronifly, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05055565798140	2026-04-01	2 lata	1352.0, Serplulimab	5200,00	5616,00	5952,96	5952,96	B.6.	bezpłatny	0 zł
635	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2026-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
636	Sildenafilum	Granpidam, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05055565731932	2025-10-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	190,00	205,20	217,51	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
637	Sildenafilum	Remidia, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2025-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
638	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2025-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	827,20	893,38	946,98	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
639	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991355715	2024-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	45,00	48,60	51,52	51,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
640	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	1837,53	1984,53	2103,60	2103,60	B.131.	bezpłatny	0 zł
641	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	7350,11	7938,12	8414,41	8414,41	B.131.	bezpłatny	0 zł
642	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
643	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2026-01-01	3 lata	1258.0, Siponimod	5236,00	5654,88	5994,17	3525,99	B.29.	bezpłatny	0 zł
644	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
645	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	32000,00	34560,00	36633,60	36633,60	B.71.	bezpłatny	0 zł
646	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2025-07-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, welpataswir, woksylaprewir	42843,00	46270,44	48430,44	48430,44	B.71.	bezpłatny	0 zł
647	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388037	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	648,00	699,84	741,83	741,83	B.19.	bezpłatny	0 zł
648	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388044	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	1620,00	1749,60	1854,58	1854,58	B.19.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
649	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4571,11	4936,80	5233,01	3846,53	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
650	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2018,81	2180,31	2311,14	1698,88	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
651	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
652	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
653	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp.-strzyk.	00191778024371	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	27451,44	29647,56	31426,41	31426,41	B.31.	bezpłatny	0 zł
654	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	2 fiol.	00191778024395	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	54902,88	59295,11	61455,11	61455,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
655	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol.	00191778024388	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	36601,92	39530,07	41690,07	41690,07	B.31.	bezpłatny	0 zł
656	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg	2 amp.-strzyk.	00191778024401	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	73203,84	79060,15	81220,15	81220,15	B.31.	bezpłatny	0 zł
657	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powl., 240 mg	120 szt.	08715131029081	2025-10-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	29998,00	32397,84	34341,71	34341,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
658	Tafamidisum	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg	30 szt.	05415062359426	2024-07-01	2 lata	1302.0, Tafamidis	30103,00	32511,24	34461,91	34461,91	B.162.	bezpłatny	0 zł
659	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2025-07-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3048,00	3291,84	3489,35	3489,35	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
660	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,1 mg	30 szt.	05415062115466	2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	2112,94	2281,98	2418,90	1910,11	B.56.	bezpłatny	0 zł
661	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5282,36	5704,95	6047,24	4775,28	<1>B.9.FM.; <2>B.56.	bezpłatny	0 zł
662	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2025-01-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	16685,10	18019,91	19101,11	19101,11	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
663	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml	05413868122503	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	1447,50	1563,30	1657,10	1657,10	B.54.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
664	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05413868122510	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	19300,00	20844,00	22094,64	22094,64	B.54.	bezpłatny	0 zł
665	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036	2024-07-01	2 lata	1304.0, Tebentafusp	43074,00	46519,92	48679,92	48679,92	B.163.FM.	bezpłatny	0 zł
666	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413868121575	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	3700,00	3996,00	4235,76	4235,76	B.54.	bezpłatny	0 zł
667	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml	1 fiol. 1,7 ml	05413868121582	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	18870,00	20379,60	21602,38	21602,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
668	Tegomil fumarate	Riulvy, kaps. dojel. twarde, 174 mg	14 szt.	08436027474173	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
669	Tegomil fumarate	Riulvy, kaps. dojel. twarde, 348 mg	56 szt.	08436027474180	2026-04-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu i jego pochodne	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
670	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	115,00	124,20	131,65	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
671	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Viatris, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05902020926801	2025-07-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
672	Teriflunomidum	Aregalu, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	03838989753306	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
673	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2024-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2077,50	2243,70	2378,32	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
674	Teriflunomidum	Boxarid, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05997001335277	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
675	Teriflunomidum	Bozilos, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05995327186870	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
676	Teriflunomidum	Clefirem, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05397313000182	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
677	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	07613421163334	2026-01-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	1000,00	1080,00	1144,80	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
678	Teriflunomidum	Teriflunomid Adamed, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05900411011495	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
679	Teriflunomidum	Teriflunomide +pharma, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991516994	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	800,00	864,00	915,84	915,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
680	Teriflunomidum	Teriflunomide Accord, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05055565791189	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
681	Teriflunomidum	Teriflunomide Aurovitas, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05907394784057	2026-01-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	775,00	837,00	887,22	887,22	B.29.	bezpłatny	0 zł
682	Teriflunomidum	Teriflunomide Glenmark, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991527778	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
683	Teriflunomidum	Teriflunomide MSN, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991517175	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
684	Teriflunomidum	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991537340	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	780,00	842,40	892,94	892,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
685	Teriflunomidum	Teriflunomide Zentiva, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991515188	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
686	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991526085	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
687	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powl., 14 mg	84 szt.	05909991526092	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2430,00	2624,40	2781,86	2781,86	B.29.	bezpłatny	0 zł
688	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg	1 wstrz. po 1,91 ml	05000456075725	2024-10-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
689	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1272000,00	1373760,00	1375920,00	1375920,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
690	Tislelizumabum	Tevimbra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. 10 ml	08720598340280	2026-01-01	2 lata	1349.0, Tislelizumab	9900,00	10692,00	11333,52	11333,52	B.6.; B.58.	bezpłatny	0 zł
691	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2025-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
692	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2024-04-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
693	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2025-01-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
694	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	2289,60	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
695	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	706,67	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
696	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1413,33	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
697	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	282,67	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
698	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	04052682073373	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
699	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	04052682073397	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
700	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	04052682073342	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	731,25	789,75	837,14	706,67	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
701	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	04052682073366	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1462,50	1579,50	1674,27	1413,33	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
702	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	04052682073328	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	292,00	315,36	334,28	282,67	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
703	Tofacitinibum	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml	240 ml	05415062388723	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2503,00	2703,24	2865,43	2600,33	B.33.	bezpłatny	0 zł
704	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5300,00	5724,00	6067,44	6067,44	B.55.	bezpłatny	0 zł
705	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1><2><4>2024-10-01/<3>2025-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2450,00	2646,00	2804,76	2804,76	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
706	Tofersenum	Qalsody 100 mg roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. 15 ml	05713219588287	2025-10-01	2 lata	1340.0, Tofersen	85872,43	92742,22	94902,22	94902,22	B.176.	bezpłatny	0 zł
707	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolwaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
708	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolwaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
709	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolwaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
710	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2025-07-01/<3>2024-10-01/<4>2025-10-01/<5>2024-07-01	<1><3><4>3 lata/<2><5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	559,00	603,72	639,94	639,94	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
711	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2025-01-01/<3>2026-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	598,21	646,07	684,83	684,83	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
712	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2025-01-01/<3>2026-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,38	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
713	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
714	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2026-01-01	6 miesięcy	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
715	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	2 wstrzyk. 2 ml	03400930276136	2025-01-01	1 rok 6 miesięcy	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
716	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametynib	3976,21	4294,31	4551,96	4551,96	B.59.	bezpłatny	0 zł
717	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametynib	15904,84	17177,23	18207,86	18207,84	B.59.	bezpłatny	0 zł
718	Trametinibum	Spexotras, proszek do sporzadzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml	1 but.	09088885532749	2025-10-01	2 lata	1157.1, Trametynib-2	1245,88	1345,55	1426,28	1426,28	B.177.	bezpłatny	0 zł
719	Trastuzumab deruxtecan	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	<1>B.9.FM.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
720	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2025-10-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	6412,00	6924,96	7340,46	2813,53	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
721	Trastuzumabum + Pertuzumabum	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 1200 mg	1 fiol. 15 ml	07613326036023	2025-10-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	27600,00	29808,00	31596,48	31596,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
722	Trastuzumabum + Pertuzumabum	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 600 mg	1 fiol. 10 ml	07613326036191	2025-10-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	18400,00	19872,00	21064,32	15798,24	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
723	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2026-01-01	3 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	5389,50	5820,66	6169,90	6169,90	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
724	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2026-01-01	3 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	8623,50	9313,38	9872,18	9871,84	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
725	Tremelimumabum	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 1,25 ml	05000456037105	2026-01-01	2 lata	1324.0, Tremelimumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.6.	bezpłatny	0 zł
726	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
727	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
728	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
729	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.31.	bezpłatny	0 zł
730	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
731	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
732	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
733	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
734	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powl., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1229.0, Trientyna	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
735	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
736	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
737	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
738	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
739	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	248,90	268,81	284,94	284,94	B.18.	bezpłatny	0 zł
740	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 150 mg	84 szt.	05415062124734	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	17950,00	19386,00	20549,16	20549,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
741	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 50 mg	88 szt.	05415062124741	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6268,00	6769,44	7175,61	7175,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
742	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 amp-strzyk.	08430308131700	2026-01-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	B.47.	bezpłatny	0 zł
743	Ublituximabum	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 6 ml	08436027472384	2025-10-01	2 lata	1332.0, Ublituksymab	9300,00	10044,00	10646,64	10646,64	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
744	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2026-04-01/<2><3><4>2024-07-01/<7>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	2846,48	3074,20	3258,65	3258,65	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124.	bezpłatny	0 zł
745	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg	28 szt.	08054083022994	<1><2>2026-04-01/<3>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	5692,96	6148,40	6517,30	6517,30	<1>B.32.; <2>B.55.; <3>B.124.	bezpłatny	0 zł
746	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg	28 szt.	08054083024189	2026-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	9282,00	10024,56	10626,03	9775,95	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
747	Ustekinumabum	Imuldosa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26ml)	05055565796931	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,15	13845,76	14676,51	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
748	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05055565796917	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
749	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05055565796924	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
750	Ustekinumabum	Otulfi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26 ml)	04052682080432	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
751	Ustekinumabum	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04052682080401	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
752	Ustekinumabum	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04052682080425	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,38	7668,41	8128,51	8128,51	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
753	Ustekinumabum	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	08809593173106	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,17	13845,78	14676,53	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
754	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	08809593173120	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	6921,86	7475,61	7924,14	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
755	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 wstrzykiwacz	08809593173496	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
756	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	08809593173113	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
757	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 wstrzykiwacz	08809593173502	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
758	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17093,56	18461,04	19568,70	14676,51	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
759	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strzyk.	05909997077505	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	9229,14	9967,47	10565,52	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
760	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
761	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg	1 wstrz.	05413868122589	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
762	Ustekinumabum	Steqeyma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05996537031066	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
763	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05996537024075	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
764	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05996537023078	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,39	7668,42	8128,52	8128,52	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
765	Ustekinumabum	Uzpruvo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26 ml)	04011548046425	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
766	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04011548045800	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	6200,00	6696,00	7097,76	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
767	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04011548045817	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,50	9585,54	10160,67	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
768	Ustekinumabum	Yesintek, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26 ml)	05397315001446	2026-04-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
769	Ustekinumabum	Yesintek, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05397315001422	2026-04-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4215,00	4552,20	4825,33	4825,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
770	Ustekinumabum	Yesintek, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05397315001439	2026-04-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,00	9585,00	10160,10	10160,10	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
771	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
772	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
773	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2025-04-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	2109,92	2278,71	2415,44	2415,44	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
774	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2025-04-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	4219,84	4557,43	4830,87	4830,87	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
775	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol. proszku	05909990816774	2025-07-01	2 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
776	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2025-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
777	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
778	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
779	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
780	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
781	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
782	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2023-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	11996,25	12955,95	13733,31	13733,31	B.88.	bezpłatny	0 zł

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

Załącznik B.1.

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

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria:
1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL
oraz
2) potwierdzenie aktywnego zapalenia wątroby w postaci aktywności AIAT przekraczającej górną granicę normy w co najmniej trzech oznaczeniach wykonanych w okresie nie krótszym niż trzy miesiące i nie dłuższym niż 12 miesięcy
lub
3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby
lub
4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (>7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby.

1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wiremii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu):</td>
<td>1. Interferon
Interferon pegylowany alfa-2a:
a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,
b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,
c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;
Interferon dawkuje się zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego. Redukcja dawki możliwa jest zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Czas leczenia interferonem nie może przekroczyć 48 tygodni.

2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe
1) lamiwudyna:
a) tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;
2) entekawir:
a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydów
1) poziom wiremii HBV DNA;
2) oznaczenie antygenu HBs;
3) oznaczenie antygenu HBe;
4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe;
5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;
6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;
7) morfologia krwi;
8) oznaczenie poziomu ALT;
9) proteinogram;
10) czas lub wskaźnik protrombinowy;
11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;
12) USG jamy brzusznej;
13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji;
14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo:
1) oznaczenie poziomu glukozy;</td>
</tr>
</table>

1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym); 2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby; 3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową; 4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV. 1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowanie kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne. **2. Leczenie** 2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotydowy - tenofowir. 2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu: 1) niewyrównana marskość wątroby; 2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 5) niewyrównana nadczynność tarczycy; 6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 7) padaczka (po konsultacji neurologicznej);	analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi, b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi; 3) tenofowir: a) tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka. W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.	2) oznaczenie przeciwciał; 3) oznaczenie poziomu TSH; 4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3. **2. Monitorowanie leczenia interferonem** 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP, f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) w 12 tygodniu: a) poziom wiremii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 5) w 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA; 6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: a) oznaczenie poziomu TSH, b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;

8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej); 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej); 12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego. 2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku: 1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$; 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą; 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem. 2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir. 2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru kub tenofowiru. 2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wiremii HBV DNA co najmniej o 1 $\log_{10}$.		7) w 48 tygodniu: a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. **3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów** 1) w dniu rozpoczęcia terapii: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP; 2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie stężenia kreatyniny, b) morfologia krwi, c) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 12 tygodniu - poziom wiremii HBV DNA; 4) w 24 i następnie co 24 tygodnie: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA, e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu; 5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni: a) czas lub wskaźnik protrombinowy,

2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia. 2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wiremii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie. 2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wiremii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem. **3. Określenie czasu leczenia w programie** 3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu: 1) serokonwersji w układzie "s" lub 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy. 3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.		b) proteinogram, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.4.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie systemowe pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (RJG) substancjami: I. w zakresie **chemioterapii i leczenia celowanego**: 1) ***triflurydyna z typiracylem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem*;** 2) ***frukwintynib;*** II. w zakresie **immunoterapii**: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*.** W **leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego** stosowane są: 1) ***pembrolizumab*** w monoterapii w **pierwszej linii leczenia systemowego** pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). Pembrolizumab nie może być zastosowany jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 2) ***niwolumab*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w **drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego** pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy	**1. Dawkowanie** **1.1.** *pembrolizumab* Zalecana dawka ***pembrolizumabu*** wynosi **200 mg** co 3 tygodnie lub **400 mg** co 6 tygodni. Jeżeli przerwano stosowanie *pembrolizumabu* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. **1.2.** *niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem* Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej. 1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: ***niwolumab*** w dawce **3 mg/kg** masy ciała w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w dawce **1 mg/kg** masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek; 2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka ***niwolumabu*** wynosi 240 mg co 2 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla *triflurydyny* z *typiracylem* stosowanych w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *frukwintynibu*; 9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 10) elektrokardiogram (EKG);

uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej *fluoropirymidynę* w skojarzeniu z *oksaliplatyną* lub *irynotekanem*. *Niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem* nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG.

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

4) ***frukwintynib*** w monoterapii w **trzeciej albo kolejnych liniach chemioterapii** po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie*, *oksaliplatynie* i *irynotekanie*, lekach anty-VEGF, lekach anty-EGFR oraz *triflurydynie* z *typiracylem* (w monoterapii albo w skojarzeniu z *bewacyzumabem*) lub *regorafenibie* lub w przypadku braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego

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

Jeżeli przerwano stosowanie *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem* lub *niwolumabu* w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.

1.3. *triflurydyna* z *typiracylem*

Zalecana dawka początkowa ***triflurydyny*** z ***typiracylem*** to **35 mg/m²** powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

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

Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę.

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

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

Gdy *triflurydyna* z *typiracylem* jest stosowana w skojarzeniu z *bewacyzumabem*, dawka

11) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *triflurydyny* z *typiracylem* stosowanych w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *frukwintynibu;*

12) badanie ogólne moczu – dla *triflurydyny* z *typiracylem* stosowanych w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *frukwintynibu;*

13) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);

14) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej;

15) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej (u chorych, u których możliwa jest na tej podstawie ocena odpowiedzi wg RECIST);

16) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów;

17) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;

3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

6) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

7) elektrokardiogram (EKG) – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

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

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
3) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
4) niemożliwe radykalne leczenie miejscowe;
5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
8) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

bewacyzumabu wynosi 5 mg/kg mc., podawana raz na 2 tygodnie (dzień 1. i 15. cyklu powtarzanego w rytmie 28 dni).

1.4. *frukwintynib*

Zalecana dawka *frukwintynibu* wynosi 5 mg (jedna kapsułka 5 mg) raz na dobę przyjmowana w przybliżeniu o tej samej porze codziennie przez 21 kolejnych dni, po których następuje 7-dniowy okres przerwy, co stanowi kompletny cykl trwający 28 dni.

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

2. Modyfikacje dawkowania

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

Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.

8) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *triflurydyny* z *typiracylem* stosowanych w skojarzeniu z *bewacyzumabem* i *frukwintynibu;*
9) badanie ogólne moczu – dla *triflurydyny* z *typiracylem* stosowanych w skojarzeniu z *bewacyzumabem* i *frukwintynibu.*

W przypadku leczenia:

1) *pembrolizumabem* oraz *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni;
2) *triflurydyną* z *typiracylem* w monoterapii lub w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *frukwintynibem* powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.

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

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK odpowiednich obszarów ciała (ewentualnie RTG klatki piersiowej) lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

Badania wykonuje się:

1) w przypadku *pembrolizumabu*, *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*, *triflurydyny* z *typiracylem* w monoterapii lub

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

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

Załącznik B.5.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)		
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami: 1) ***atezolizumab* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*;** 2) ***niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem***; 3) ***kabozantynib***. Leczenie **raka wątrobowokomórkowego** obejmuje: 1) leczenie ***atezolizumabem*** w skojarzeniu z ***bewacyzumabem*** albo ***niwolumabem*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** dorosłych pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego (1 linia leczenia). 2) leczenie ***kabozantynibem*** dorosłych pacjentów, po uprzednim nieskutecznym leczeniu inhibitorami kinaz tyrozynowych lub immunoterapią w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym lub podwójną immunoterapią (*niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*) lub po jego nietolerancji, pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii (2 linia leczenia).	**1. Dawkowanie** **1.1. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem** Dawka ***atezolizumabu***: 1 200 mg. Dawka ***bewacyzumabu***: 15 mg/kg mc. podawanego dożylnie. Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego **3 tygodnie**. W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii. **1.2. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem** ***Niwolumab*** w dawce 1 mg/kg mc. oraz ***ipilimumab*** w dawce 3 mg/kg mc., podawane dożylnie, co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 5) oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HBc total. W przypadku obu pozytywnych wyników konieczna jest konsultacja u lekarza posiadającego dostęp do programu leczenia przeciwwirusowego - dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *atezolizumabu* w skojarzeniu z *bewacyzumabem* albo *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*.

1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy ≥ 1 cm możliwe jest odstąpienie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylnej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna);
3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność;
4) stan sprawności 0-1 według ECOG;
5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;
6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) oraz wytyczne

Następnie, w drugiej fazie leczenia, stosuje się ***niwolumab*** w monoterapii podawany dożylnie w dawce 240 mg co 2 tygodnie (dawka stała) albo w dawce 480 mg co 4 tygodnie (dawka stała). W fazie monoterapii pierwszą dawkę niwolumabu należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce niwolumabu stosowanego w skojarzeniu z ipilimumabem.

1.3. kabozantynib

Dobowa dawka ***kabozantynibu***: 60 mg (codziennie).

Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia.

2. Modyfikacja dawkowania

Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi ChPL.

W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż:

a) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem;
b) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem;

Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia, w okresie 6 tygodni dla atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem lub

7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii *atezolizumabem* w skojarzeniu z *bewacyzumabem*;
8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;
9) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy;
10) EKG;
11) pomiar ciśnienia tętniczego;
12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem

1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej,
   c) oznaczenie glukozy,
   d) pomiar ciśnienia tętniczego,
   e) inne badania- w razie wskazań klinicznych;
2) nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co

Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków; 10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. W przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;	niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem i 8 tygodni dla kabozantynibu, pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie fT4 i TSH, c) inne badania – w razie wskazań klinicznych. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **2.2. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem** 1) nie rzadziej niż co 9 tygodni, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań nie rzadziej niż co 12 tygodni: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej, c) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, d) oznaczenie glukozy, e) pomiar ciśnienia tętniczego, f) oznaczenie stężenia albuminy, g) oznaczenie fT4 i TSH, h) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, i) inne badania – w razie wskazań klinicznych. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **2.3. kabozantynib** 1) co 4 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:

3) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2-4 według kryteriów ECOG; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne badania - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) EKG, d) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) EKG. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas

		kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). **3.1. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem** Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **3.2. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem** Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 tygodni, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań nie rzadziej niż co 12 tygodni. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **3.3. kabozantynib**

		Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane. Dopuszcza się możliwość opóźnienia badania do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)		
W programie finansuje się leczenie dorosłych pacjentów z zaawansowanym rakiem dróg żółciowych substancjami: 1) *durwalumab*, 2) *pemigatynib*. Leczenie **zaawansowanego raka dróg żółciowych** obejmuje: 1) leczenie ***durwalumabem*** w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą ***gemcytabinę*** i ***cisplatynę*** dorosłych pacjentów	**1. Dawkowanie** **1.1. durwalumab** Zalecana dawka początkowa ***durwalumabu*** wynosi **1 500 mg** podawana w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z ***gemcytabiną*** w dawce **1 000 mg/m^2** powierzchni ciała (p.c.) i ***cisplatyną*** w dawce **25 mg/ m^2** p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie gruczolakoraka dróg żółciowych; 2) potwierdzona zwalidowanym badaniem genetycznym fuzja lub rearanżacja receptora czynnika wzrostu fibroblastów 2 (FGFR2) – dotyczy terapii *pemigatynibem;* 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) badanie ogólne moczu;

z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych.

Do leczenia *durwalumabem* kwalifikowani są pacjenci niepoddani wcześniej leczeniu systemowemu z powodu zaawansowanego raka dróg żółciowych. Do leczenia *durwalumabem* kwalifikowani są również pacjenci, u których doszło do nawrotu choroby po uprzednim leczeniu chirurgicznym z intencją radykalną (niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej).

2) Leczenie ***pemigatynibem*** w monoterapii dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych, ze stwierdzoną fuzją lub rearanżacją receptora czynnika wzrostu fibroblastów 2 (FGFR2)., u których wystąpiła progresja choroby po przynajmniej jednej linii leczenia systemowego.

1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy gruczolakorak dróg żółciowych;
3) dodatni status fuzji lub rearanżacji FGFR 2 potwierdzony przy użyciu zwalidowanego badania diagnostycznego – dotyczy terapii *pemigatynibem;*
4) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

Cykle leczenia podawane są co **21 dni (3 tygodnie)**.

Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii *cisplatyną* i *gemcytabiną*. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności.

Zalecana dawka ***durwalumabu*** stosowanego w monoterapii po zakończeniu podawania chemioterapii wynosi **1 500 mg co 4 tygodnie.**

1.2. pemigatynib

Zalecana dawka ***pemigatynibu*** wynosi **13,5 mg raz na dobę przez 14 dni**, po których następuje 7 dni bez stosowania leku.

2. Modyfikacja dawkowania

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

Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.

5) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy;
6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH – dotyczy terapii *durwalumabem*;
10) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny klatki piersiowej, jamy brzusznej (RTG klatki piersiowej tylko wtedy, gdy możliwe jest monitorowanie w taki sposób zmian w płucach zgodnie z RECIST), inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;
11) elektrokardiografia (EKG);
12) konsultacja okulistyczna – dotyczy terapii *pemigatynibem;*
13) oznaczenie poziomu fosforanów – dotyczy terapii *pemigatynibem;*
14) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
15) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. *durwalumab* w skojarzeniu z *gemcytabiną* i *cisplatyną*

1) przed każdym podaniem *gemcytabiny* i *cisplatyny*:
   a) morfologia krwi z rozmazem;
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy;
   d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

7) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 10) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne kwalifikowanie chorych po wcześniejszym radykalnym wycięciu przerzutów lub przeprowadzeniu radioterapii stereotaktycznej z nieobecnością zmian w badaniach obrazowych i stanem bezobjawowym); 11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *durwalumabem* lub *pemigatynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		2) co 12 tygodni: f) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; g) elektrokardiografia (EKG); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **2.2.** *durwalumab* w monoterapii badania od a) do g) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni oraz inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **2.3.** *pemigatynib* 1) nie rzadziej niż co 6 tygodni: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; f) oznaczenie poziomu fosforanów; 2) konsultacja okulistyczna – co 8 tygodni przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie nie rzadziej niż co 12 tygodni; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Załącznik B.6.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z aktywującymi mutacjami insercyjnymi w eksonie 20. EGFR do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem amiwantamabu (w postaci do podawania dożylnego) w skojarzeniu z karboplatyną i pemetreksedem** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność aktywującej mutacji insercyjnej w eksonie 20. w genie EGFR potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation*	**1. Dawkowanie leków w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych; 2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR*, lub *ALK* lub *ROS1* lub *BRAF V600E* lub *KRAS*) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych (u wszystkich pacjentów w przypadku stosowania immunoterapii przed, po oraz przed i po radykalnej resekcji chirurgicznej u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania amiwantamabu, karboplatyny, pemetreksedu określonych w odpowiednich ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z delecjami w eksonie 19. lub substytucją p.L858R w eksonie 21. EGFR do leczenia z wykorzystaniem amiwantamabu (w postaci do podawania podskórnego) w skojarzeniu z lazertynibem w pierwszej linii leczenia,** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified – NOS);		7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1; 10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) echokardiografia serca w przypadku leczenia enkorafenibem z binimetynibem; 13) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK) w przypadku leczenia enkorafenibem z binimetynibem; 14) badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem); 15) badanie MR lub TK ośrodkowego układu nerwowego (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo w przypadku leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym alektynibem) i w przypadku chorych w pierwszej linii z wykorzystaniem substancji czynnej atezolizumab, którzy nie kwalifikują się do leczenia opartego na pochodnych platyny); 16) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;

2) obecność mutacji aktywującej, delecji w eksonie 19. lub substytucji p.L858R w eksonie 21. EGFR potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania amiwantamabu oraz lazertynibu określonych w odpowiednich ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		17) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. Badania obrazowe z punktów nr 14 i 15 – powinny być wykonane przed zakwalifikowaniem pacjenta do leczenia chirurgicznego. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1; 8) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 9) EKG; 10) echokardiografia serca w przypadku leczenia enkorafenibem z binimetynibem (w zależności od sytuacji klinicznej); 11) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu albo enkorafenibu z binimetynibem (w okresie pierwszego pół roku terapii co miesiąc – dot. enkorafenibu z binimetynibem); 12) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych – dot. terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem.

1.3. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie EGFR 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność mutacji aktywującej w genie EGFR z delecją w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej chemioradioterapii jednoczesnej z zastosowaniem pochodnych platyny. Do programu kwalifikują się także chorzy poddani sekwencyjnej chemioradioterapii w dawkach radykalnych, u których odstąpiono od stosowania jednoczasowej chemioradioterapii z uzasadnionych klinicznie powodów zgodnych z wytycznymi postępowania diagnostyczno-terapeutycznego PTOK (udokumentowane wykluczenie obecności przeciwwskazań do chemioterapii, udokumentowane potwierdzenie możliwości pierwotnego przeprowadzenia radykalnej radioterapii); 4) nieobecność progresji choroby po chemioradioterapii – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii; stosowanie ozymertynibu musi być rozpoczynane nie później niż po 6 tygodniach od zakończenia radioterapii); 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;		W przypadku stosowania inhibitorów EGFR, ALK, i ROS1, BRAF w skojarzeniu z MEK oraz sotorasibu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. W przypadku leczenia skojarzonego ozymertynibem z chemioterapią: – pkt 1-6 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) w odstępach 3-tygodniowych, – pkt 1-6 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie ozymertynibem co 3 miesiące. W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące. W przypadku leczenia amiwantamabem w skojarzeniu z chemioterapią badania powinny być wykonywane przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) a w przypadku stosowania amiwantamabu bez chemioterapii podtrzymującej pemetreksedem badania powinny być wykonywane co 3 miesiące (wyjątek – badanie EKG wykonywane co pół roku). W przypadku leczenia amiwantamabem w skojarzeniu z lazertynibem badania powinny być wykonywane przed podaniem amiwantamabu w tygodniach 1. i 5., a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badanie EKG wykonywane co pół roku).

7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.4. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie *EGFR* do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu (ozymertynib stosowany w monoterapii lub skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed)** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS) – wyłącznie w przypadku monoterapii afatynibem albo ozymertynibem; 2) obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;		W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. W przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu wymienione badania powinny być wykonane przed każdym podaniem niwolumabu. W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni). W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii lub cemiplimabem w skojarzeniu z chemioterapia opartą na związkach platyny albo durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem i chemioterapią lub tislelizumabem skojarzonym z chemioterapią opartą na związkach platyny: – pkt 1-7 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej), – pkt 1-7 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem lub durwalumabem lub tislelizumabem co 3 miesiące. W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią albo durwalumabem z chemioterapią albo serplulimabem z chemioterapią w

3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania monoterapii afatynibem lub ozymertynibem; 8) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu albo chemioterapii opartej o pochodne platyny i pemetreksedu określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		drobnokomórkowym raku płuca – wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem. W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem albo serplulimabem – badania z pkt 1-8 co 4-8 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia skojarzonego z docetakselem, natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tygodni. Każde z badań diagnostycznych może zostać wykonane dodatkowo w dowolnym momencie leczenia w zależności od wskazań klinicznych. W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, jeżeli są wymagane. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian w zależności od miejsca oceny zmian przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej. Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

1.5. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie *EGFR* 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu; 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;		W przypadku leczenia okołooperacyjnego pembrolizumabem badania wykonywane są w tygodniu 7 i w tygodniu 13 neoadjuwantowej fazy leczenia oraz w ciągu 4 tygodni przed rozpoczęciem adjuwantowej fazy leczenia. Po rozpoczęciu adjuwantowej fazy leczenia, ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub częściej w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. W przypadku uzupełniającego leczenia pooperacyjnego pembrolizumebem, atezolizumabem lub ozymertynibem ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. W przypadku leczenia atezolizumabem albo durwalumabem albo serplulimabem w drobnokomórkowym raku płuca – co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetakselem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). W przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją V600E w genie *BRAF* do leczenia pierwszej lub kolejnej linii z zastosowaniem enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność mutacji V600E w genie *BRAF* potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) nieobecność wcześniejszego leczenia systemowego w zaawansowanym raku płuca lub niepowodzenie leczenia z udziałem chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w przypadku chorych po 70 roku życia dopuszcza się stosowanie monoterapii) lub immunoterapii (niezależnie czy stosowana była w skojarzeniu z chemioterapią czy w sekwencji); 5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny		Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania enkorafenibu i binimetynibu określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR*** 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka; 2) obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* z delecją w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu IB – III według klasyfikacji UICC z 2016 roku; 4) uprzednie poddanie radykalnemu leczeniu chirurgicznemu niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji z rearanżacją w genie ALK z zastosowaniem alektynibu** 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka; 2) zaawansowanie patomorfologiczne od IB (guzy≥ 4 cm) do IIIA wg 7. edycji klasyfikacji TNM; 3) wcześniejsze radykalne leczenie chirurgiczne (cecha R0) w okresie do 12 tygodni przed rozpoczęciem leczenia alektynibem; 4) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią lub radioterapią;		

5) obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania alektynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.9. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii z ekspresją PD-L1 na komórkach guza z zastosowaniem atezolizumabu** 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM: a) IIA i IIB oraz IIIA, b) pT3pN2; 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia; 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia;		

5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 ≥ 50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) brak obecności mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzonej na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego); 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL; 15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie; 16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia); 17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

1.10. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z wykorzystaniem substancji czynnej atezolizumab którzy nie kwalifikują się do leczenia opartego na pochodnych platyny (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) niezależnie od wartości ekspresji PD-L1: 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane); 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) obecność udokumentowanych przeciwwskazań do zastosowania pochodnych platyny zgodnie z wytycznymi postępowania; 6) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym; 7) nieobecność przerzutów w wątrobie; 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;		

11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu zgodnie z aktualną ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie **1.11. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem pembrolizumabu w monoterapii** 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu: IB (guzy T2a o średnicy 4 cm) lub II lub IIIA lub IIIB [(T3-4 (guzy o średnicy >7cm), N2 wg 8. wersji klasyfikacji TNM; 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia; 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania; 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 <50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;		

7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego); 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu określonych w ChPL; 15) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
1.12. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej, do leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) stopień zaawansowania klinicznego: II - IIIA + IIIB (tylko dla T2-T4 N2, pod warunkiem możliwości wykonania doszczętnej resekcji); 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1% potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 4) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy		

potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 7) nieobecność czynników klinicznych uniemożliwiających przeprowadzenie resekcji chirurgicznej; 8) wydolność układu oddechowego umożliwiająca kwalifikację do resekcji chirurgicznej; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych stanowiących przeciwwskazanie do immunoterapii lub chemioterapii; 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.		
1.13. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia okołooperacyjnego z zastosowaniem pembrolizumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie pembrolizumabu w monoterapii po zabiegu chirurgicznym: 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);		

2) nieobecność mutacji w genie EGFR i rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) przedoperacyjny stopień zaawansowania klinicznego: II, IIIA lub IIIB (N2) wg 8. wersji klasyfikacji TNM, pod warunkiem potwierdzenia możliwości doszczętnego leczenia chirurgicznego; 4) chorzy wcześniej nieleczeni systemowo i nie poddawani radioterapii niedrobnokomórkowego raka płuca; 5) stwierdzenie możliwości przeprowadzenia doszczętnego leczenia chirurgicznego niedrobnokomórkowego raka płuca przez chirurga klatki piersiowej; 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 11) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

1.14. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z rearanżacją w genie ALK lub ROS1 do leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej: – **kryzotynib (rearanżacja genów *ALK* lub *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii),** – **alektynib (rearanżacja genu *ALK*) albo brygatynib (rearanżacja genu *ALK*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem),** – **lorlatynib (rearanżacja genu *ALK*) w leczeniu pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji),** – **entrektynib (rearanżacja genu *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii);** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność rearanżacji w genie *ALK* lub *ROS1* na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;		

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

– **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 ≥ 50% – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,** – **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 ≥ 50% – tislelizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,** – **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,** – **rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną,** – **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny,** – **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 ≥ 1% - cemiplimab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny lub paklitakselem i pochodną platyny,** – **rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% - durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z gemcytabiną i pochodną platyny,** – **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,** – **rak płaskonabłonkowy ze znanym statusem białka PD-L1 – tislelizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną;** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu:		

a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii albo tislelizumabu skojarzonego z pemetreksedem i chemioterapią opartą o pochodne platyny, b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu albo durwalumabu i tremelimumabu w skojarzeniu z chemioterapią; c) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 1% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania cemiplimabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny; d) niezależnie od wyniku oceny ekspresji PD-L1 – kryterium kwalifikacji do stosowania tislelizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną; 3) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane); 4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);		

7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, durwalumabu i tremelimumabu, tislelizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
1.16. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu albo tislelizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) ponadto w przypadku tislelizumabu dotyczy chorych po uprzednim leczeniu pochodnymi platyny 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) wykluczenie mutacji G12C w genie KRAS, jak również w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;		

3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu lub tislelizumabu określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
1.17. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej		

chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego płuca; 2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1*; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego); 9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL; 13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;		

14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.18. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po niepowodzeniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia systemowego (immunoterapia lub immunochemioterapia lub chemioterapia z zastosowaniem związków platyny) z mutacją G12C w genie KRAS z zastosowaniem sotorasibu** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego, b) raka wielkokomórkowego; 2) obecność mutacji G12C w genie KRAS (ang. Kirsten rat sarcoma virus – KRAS) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;		

8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania sotorasibu określonych w aktualnej ChPL; 12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
1.19. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny; 3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii); 4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;		

7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.20. Chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatyną oraz etopozydem w fazie indukcji) albo durwalumabu (w skojarzeniu z pochodną platyny (cisplatyna lub karboplatyna) i etopozydem w fazie indukcji) albo serplulimabu (w skojarzeniu z karboplatyną oraz etopozydem w fazie indukcji)** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie kliniczne: stadium choroby rozległej (ang. *extensive stage*) wg klasyfikacji VASLG lub IV stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM; 3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 4) wiek powyżej 18 roku życia; 5) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;		

6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzyc, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa; 8) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu albo durwalumabu albo serplulimabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.21. Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu** 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego; 2) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 4) wiek powyżej 18 roku życia;		

5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia wskazanych w pkt 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii nie jest dłuższy niż wskazano w pkt 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** **2.1. Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib) lub inhibitor KRAS (sotorasib) lub inhibitor BRAF w skojarzeniu z inhibitorem MEK (enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem) lub przeciwciało przeciwko EGFR-MET (amiwantamab w skojarzeniu z karboplatyną i pemetreksedem) lub		

przeciwciało przeciwko EGFR-MET w skojarzeniu z inhibitorem kinazy tyrozynowej (amiwantamab i lazertynib) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami stosowania leków oraz z kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie leków anty-EGFR w ramach pierwszej linii (afatynib, ozymertynib) lub drugiej, trzeciej i kolejnych linii leczenia (ozymertynib) albo leków anty-ROS1 lub anty-ALK w ramach pierwsze lub kolejnej linii leczenia (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) albo inhibitora angiogenezy (nintedanib) albo anty-KRAS w drugiej i kolejnej linii leczenia (sotorasib) albo leków anty BRAF w skojarzeniu z anty MEK (enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem) w ramach pierwszej lub kolejnych linii leczenia albo przeciwciała przeciwko EGFR-MET w pierwszej linii leczenia (amiwantamab) lub przeciwciała przeciwko EGFR-MET w skojarzeniu z lekiem anty-EGFR w pierwszej linii leczenia (amiwantamab w skojarzeniu z lazertynibem) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 2) stosowanie ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią w pierwszej linii według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających zastosowanie chemioterapii możliwa jest kontynuacja leczenia w monoterapii ozymertynibem pod warunkiem utrzymywania się obiektywnej korzyści klinicznej; 3) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;		

4) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia konsolidującego jest prowadzone do stwierdzenia progresji lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL; 5) stosowanie alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym (cecha R0) jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 24 miesiące. 6) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS, BRAF w skojarzeniu z MEK lub przeciwciałem przeciwko EGFR-MET dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym; 7) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS, BRAF w skojarzeniu z MEK lub przeciwciałem przeciwko EGFR-MET dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym; 8) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku, b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia (w przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po		

radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy), a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); 9) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza, b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET). **2.2. Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, cemiplimab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny, serplulimab w skojarzeniu z karboplatyną oraz etopozydem w fazie indukcji, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem, tislelizumab, tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny) lub PD-L1 (atezolizumab)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii oraz z kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, niwolumab z ipilimumabem, cemiplimab, atezolizumab, tislelizumab, serplulimab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 2) stosowanie atezolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii obejmuje okres 1 roku lub do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację; 3) stosowanie niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego, u chorych kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej obejmuje 3 cykle leczenia lub jest krótsze		

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

8) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku, b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); 9) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza, b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET); 10) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia); 11) w przypadku leczenia serplulimabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania serplulimabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia). **2.3. Inhibitor PD-L1 (durwalumab, durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym (pkt 1.19) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;		

2) stosowanie durwalumabu w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca (pkt. 1.15) oraz drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.20) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności; 3) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) w leczeniu konsolidującym: – przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii, – w czasie leczenia – co 3 miesiące, b) w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca: – przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii, – w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); c) w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca: – w czasie leczenia łącznie z chemioterapią – przed trzecim (3.) cyklem leczenia, – w trakcie monoterapii – przed pierwszym (1.) cyklem i następnie co 3 cykle leczenia; 4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza, 5) w przypadku leczenia durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania durwalumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).		

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

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

Załącznik B.9.FM.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) tukatynib; 5) trastuzumab derukstekan. W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem (podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego). W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna. W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny. W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420 mg (kolejne cykle leczenia).	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** **1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),

zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.: 1) pertuzumab łącznie z trastuzumabem (podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i docetakselem w pierwszej linii leczenia, a jeśli wcześniej była stosowana terapia przedoperacyjna trastuzumabem +/- pertuzumabem lub uzupełniająca trastuzumabem, czas od jej zakończenia do nawrotu musi wynosić powyżej 12 miesięcy; 2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia chorych, które nie otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym; trastuzumab może być także stosowany w drugiej lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anty-HER2; 3) trastuzumab emtanzyna w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie; 4) tukatynib w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną w trzeciej lub czwartej linii leczenia, a w drugiej tylko w przypadku, gdy w pierwszej linii stosowano trastuzumab +/- pertuzumab albo trastuzumab emtanzyna oraz występują przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego; podanie tukatynibu wymaga zastosowania wcześniej co najmniej jednej linii paliatywnej terapii anty-HER2; 5) trastuzumab derukstekan w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii leczenia stosowanej z powodu nieoperacyjnego lub zaawansowanego HER2-dodatniego raka piersi po zastosowaniu co najmniej jednej linii terapii anty-HER2. W programie finansuje się leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do	Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu. Dawka nasycająca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 1200 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (pierwszy cykl leczenia) Dawka podtrzymująca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 600 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (kolejne cykle leczenia, co 3 tygodnie). Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W programie lekowym trastuzumab podaje się: 1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami; 2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem; 3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny; 4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii;	j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem, k) EKG, l) badanie ECHO, m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych. **1.1.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż: a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny, b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii: – morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu), stężenie kreatyniny, – aktywność AlAT, – aktywność AspAT, – stężenie bilirubiny; 2) badania wykonywane co 3 miesiące:

zastosowania) raka piersi z niską ekspresją HER2 (IHC 1+ lub IHC 2+/ISH−) niezależnie od statusu receptorów hormonalnych substancją:

1) trastuzumab derukstekan u chorych, którzy otrzymali wcześniej leczenie systemowe w przerzutowym raku piersi (przynajmniej jedna linia leczenia) lub u których doszło do nawrotu choroby w okresie otrzymywania chemioterapii adjuwantowej lub w ciągu 6 miesięcy od jej zakończenia, a w hormonozależnym raku piersi tylko, gdy w leczeniu przerzutowego raka piersi była stosowana hormonoterapia z lub bez inhibitorów CDK4/6 (o ile nie ma przeciwwskazań do takiego schematu leczenia).

W programie finansuje się leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią albo rybocyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy HR+, HER2-ujemnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu określonym klinicznie lub patomorfologicznie zgodnie z pkt 5) kryteriów włączenia.

W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-ujemnego raka piersi substancjami:

1) palbocyklibem;
2) rybocyklibem;
3) abemacyklibem;
4) alpelisybem;
5) kapiwasertybem;
6) talazoparybem;
7) olaparybem.

W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest:

1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u

5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej;
6) w skojarzeniu z pertuzumabem (leki podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.

Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:

a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4),

albo

b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.

Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.

W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy

a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem);

Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.

3) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki):

a) EKG,

b) ECHO.

1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi

1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);

b) morfologia krwi z rozmazem,

c) stężenie kreatyniny,

d) aktywność AlAT,

e) aktywność AspAT,

których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową. W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.2.1.-2.2.4.: 1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 3) alpelisyb w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy; 4) kapiwasertyb w skojarzeniu z fulwestrantem w drugiej lub trzeciej linii leczenia finansowanej w ramach programu lekowego - po progresji lub nawrocie raka piersi u chorych w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia uzupełniająca inhibitorem CDK 4/6; 5) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołooperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP. W programie finansuje się leczenie przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER-2 ujemnego raka piersi u pacjentów uprzednio leczonych co najmniej jedną linią hormonoterapii (samodzielnej bądź w skojarzeniu w tym –	spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby. Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią to: a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią, albo b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. Jeżeli pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem podawane są niezależnie w przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego są związane z pertuzumabem i wymagają przerwania terapii należy zakończyć terapię preparatem złożonym i kontynuować terapię trastuzumabem podawanym niezależnie.	f) stężenie bilirubiny, g) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym. h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej w celu wykluczenia przerzutów odległych i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR w celu wykluczenia przerzutów odległych j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej) w celu wykluczenia przerzutów odległych k) EKG, l) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. **1.2.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie kreatyniny; c) aktywność AlAT; d) aktywności AspAT; e) stężenie bilirubiny; f) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów

łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby i co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołooperacyjnej, chemioterapia okołooperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej): 1) sacytuzumabem gowitekan. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami: 1) pembrolizumabem; 2) talazoparybem; 3) olaparybem; 4) sacytuzumabem gowitekan. Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii (jeden schemat paliatywnej chemioterapii stosowany poza programem lekowym stanowi także linię leczenia) określonymi w punktach 2.3.1.-2.3.3.: 1) pembrolizumab w leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy.	W przypadku wystąpienia miejscowych działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii preparatem złożonym, należy kontynuować terapię pertuzumabem i trastuzumabem podawanymi niezależnie. Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem. Łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie). Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi): a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane	LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym; g) EKG (w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), a potem w zależności od wskazań klinicznych) w przypadku leczenia rybocyklibem; h) inne badania w razie wskazań klinicznych; i) badania obrazowe w zależności od oceny sytuacji klinicznej i wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: – pkt 1 a-e badania wykonuje się co 4 tygodnie (cykl 28 dniowy) przez pierwsze 4 cykle i następnie w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 3 miesiące, – Badania f) wykonuje się co 3 miesiące (+/- 14 dni), 2) badania obrazowe: a) mammografia, w razie potrzeby uzupełniona o USG piersi lub MR. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 miesięcy. **1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA** **1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),

Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołooperacyjnym;

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

3) sacytuzumab gowitekan w monoterapii w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego nieresekcyjnego potrójnie ujemnego raka piersi; wymagane są wcześniej co najmniej dwie linie paliatywnego leczenia systemowego (u pacjentów leczonych okołooperacyjnie wymagana jest co najmniej jedna linia systemowego leczenia paliatywnego).

Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W programie lekowym istnieje jednorazowa możliwość zastosowania immunoterapii.

1. Leczenie wczesnego raka piersi

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

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

albo

1.1.2. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu jest wystąpieniem objawów niepożądanych niezwiązanych – w opinii lekarza - z samym trastuzumabem, mogą zostać włączeni do programu leczenia adjuwantowego raka piersi schematem zawierającym trastuzumab i ukończyć terapię anty-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).

1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi

Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (2 x 150 mg) codziennie (1 cykl trwa 28 dni).

Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 400 mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).

Rozpoczęcie terapii abemacyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 3 miesiące od rozpoczęcia hormonoterapii uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym).

Rozpoczęcie terapii rybocyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 12 miesięcy od rozpoczęcia hormonoterapii neoadjuwantowej lub uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym).

Dawka dobowa inhibitorów aromatazy lub antagoisty estrogenu stosowanych w skojarzeniu z abemacyklibem albo inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z rybocyklibem:

a) letrozol: 2,5mg/dobę

b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych,

c) morfologia krwi z rozmazem,

d) stężenie kreatyniny,

e) stężenie bilirubiny,

f) aktywność AlAT,

g) aktywność AspAT,

h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),

i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),

j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),

k) inne badania w razie wskazań klinicznych.

1.3.2. Monitorowanie leczenia

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia w surowicy:

– kreatyniny,

– bilirubiny,

– oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),

c) inne badania w razie wskazań klinicznych.

leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią albo **1.1.3.** leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo **1.1.4.** leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:</u> 1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania: a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych, lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, albo b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią: – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut	b) anastrozol: 1 mg/dobę c) eksemestan:25 mg/ dobę d) tamoksyfen: 20 mg/dobę U chorych z zachowaną czynnością jajników w okresie przed- i około menopauzalnym należy rozważyć stosowanie jednocześnie goserelinу. W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.2.1. Czas leczenia:** a) abemacyklib - leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące (1 cykl leczenia trwa 4 tygodnie) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, albo b) rybocyklib - leczenie trwa maksymalnie 36 miesięcy lub do czasu wystąpienia progresji	Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem. **1.4. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi** **1.4.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) poziom TSH i fT4, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni), i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni, j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); k) EKG, l) konsultacja kardiologiczna – jedynie w przypadku wskazań klinicznych

do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR, lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, albo c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem: – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią), lub – średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego, albo d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem; albo e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną: – pierwotny stopień zaawansowania I-III, oraz – zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2,	choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi** Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Należy rozpocząć nie później niż w ciągu 12 tygodni od zakończenia ostatniej terapii przeciwnowotworowej. Możliwe jest jednoczesne stosowanie olaparybu z hormonoterapią. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.3.1. Czas leczenia** Leczenie trwa łącznie 13 cykli (cykl trwa 28 dni) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. **1.4. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi**	dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG, m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne), n) mammografia, o) USG piersi z oceną dołów pachowych, p) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **1.4.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AlAT, d) aktywności AspAT, e) stężenie bilirubiny, f) oznaczenie poziomu TSH i fT4 dotyczy jedynie leczenia pembrolizumabem, g) oznaczenie glikemii na czczo. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu

oraz – potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy; 4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na: a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii, lub b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające). Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d) 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych	Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni. Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią: a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni, albo b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne, albo c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4. Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym): a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni, albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo	przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e, – nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g, – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g; 2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): a) ECHO serca, b) USG piersi z dołami pachowymi (tylko podczas leczenia przedoperacyjnego). Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące jedynie podczas leczenia przedoperacyjnego (częściej, gdy są wskazania kliniczne). W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi). Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:

1.2.1. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią raka piersi z przerzutami do węzłów chłonnych z wysokim ryzykiem nawrotu albo rybocyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu, u dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu.

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

Kryteria kwalifikacji wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi:

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi;
3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%;
4) udokumentowany brak nadmiernej ekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));
5) obecność następujących cech wysokiego ryzyka nawrotu określonych klinicznie lub patomorfologicznie:
   a) w przypadku leczenia abemacyklibem:
      – ≥ 4 zajęte przerzutami pachowe węzły chłonne,

      albo

      – 1-3 zajęte pachowe węzły chłonne i co najmniej jedno z następujących kryteriów:
   c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.

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

1.4.1. Czas leczenia

Leczenie przedoperacyjne obejmuje maksymalnie 8 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 4 podania co 6 tygodni w odpowiednich dawkach wraz ze stosowaniem chemioterapii. Leczenie pooperacyjne obejmuje nie więcej niż 9 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 5 podań co 6 tygodni w odpowiednich dawkach. W leczeniu pooperacyjnym, jeżeli istnieją wskazania kliniczne dopuszczalne jest także prowadzenie radioterapii.

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

2. Leczenie przerzutowego raka piersi

2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego

2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi

2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),

b) badanie mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu,

c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),

d) potwierdzona co najmniej jedna zmiana w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN – tylko w przypadku kapiwasertybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),

e) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu,

f) morfologia krwi z rozmazem,

g) stężenie kreatyniny,

h) aktywność AlAT,

i) aktywność AspAT,

• wielkość zmiany nowotworowej ≥ 5 cm (w przypadku chorych po przebytym leczeniu neoadiuwantowym - wielkość może być oceniona w badaniach obrazowych), • stopień złośliwości histologicznej G3; albo b) w przypadku leczenia rybocyklibem: – stopień IIB-III zaawansowania anatomicznego lub – stopień IIA zaawansowania anatomicznego, w którym: • występują przerzuty do pachowych węzłów chłonnych lub • nie występują przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, ale stwierdza się: o stopień złośliwości histologicznej G3 albo o stopień złośliwości histologicznej G2 z występowaniem któregokolwiek z następujących kryteriów: ➢ Ki-67 ≥ 20% lub ➢ wskaźnik wysokiego ryzyka w wyniku badania sygnatury genowej; 6) przebyte leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na: a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii, lub b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające);	Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się: a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy, lub b) w monoterapii, lub c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem. Dawka nasycająca pertuzumabu: 840 mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420 mg (kolejne cykle leczenia).	j) stężenie bilirubiny, k) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem, l) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem, kapiwasertybem oraz pembrolizumabem, m) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu, n) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym – tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6 i alpelisybem, o) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, p) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni, (w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, q) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), r) EKG,

7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 10) brak przeciwwskazań do stosowania abemacyklibu albo rybocyklibu; 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.3. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.3.1.** leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi olaparybem w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową. <u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej;	Dawka nasycająca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 1200 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (pierwszy cykl leczenia) Dawka podtrzymująca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 600 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (kolejne cykle leczenia, co 3 tygodnie). Dawka docetakselu: 75-100 mg/m2 (w każdym cyklu). W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub	s) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2, t) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO (jedynie w przypadku stosowania leków anty-HER2). u) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AlAT, d) aktywności AspAT, e) stężenie bilirubiny, f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu, kapiwasertybu i pembrolizumabu, g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu, h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym

2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM); 3) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej); 5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana); 6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej; a) rak piersi potrójnie ujemny: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu i chemioterapii adjuwantowej - pierwotny guz piersi o dowolnej średnicy i patomorfologicznie potwierdzona obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych (cecha ≥pN1) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha ≥pT2), - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR), lub b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych, - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR),	wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. Jeżeli pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem podawane są niezależnie w przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu. W przypadku terapii pertuzumabem i trastuzumabem w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, należy zakończyć leczenie po potwierdzeniu objawów niewydolności serca. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego są związane z pertuzumabem i wymagają przerwania terapii należy zakończyć terapię preparatem złożonym i kontynuować terapię trastuzumabem podawanym niezależnie. Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Maksymalna dobowa dawka tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).	chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, i) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), a potem w zależności od wskazań klinicznych), j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem. Badania wykonuje się: – przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące - w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego), trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy, – przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną oraz trastuzumabem derukstekanem, – dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, wczesnego HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.4. Leczenie okołooperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.4.1.** leczenie okołooperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu. Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:	Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu). Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni. Maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych. Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.1.2. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. **2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2** Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).	leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem, – co 4 tygodnie (cykl 28 dniowy) przez pierwsze 4 cykle i następnie w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, – badania oznaczone w ppkt a)-f) co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych miesięcy leczenia, badanie oznaczone w ppkt g) co miesiąc w trakcie 2 pierwszych miesięcy, a następnie badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem oraz kapiwasertybem, – morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem, – przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan, – podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia – przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e,

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi; 3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<1%); 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0 6) wartość LVEF co najmniej 50%; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii; 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia okołooperacyjnego potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających	Możliwość redukcji dawki zgodnie z aktualną ChPL. **2.2.1. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. **2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego** Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyklibu:125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobowa dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka kapiwasertybu: 800 mg/dobę (codziennie przez 4 dni, następnie przerwa 3 dni w każdym tygodniu, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).	– nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j; 2) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6, alpelisybu, kapiwasertybu, talazoparybu, olaparybu, sacytuzumabu gowitekanu oraz pembrolizumabu: a) EKG, b) ECHO, c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych, d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc; 3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (u chorych z dobrą kontrolą choroby po 2 latach stosowania leczenia – nie rzadziej niż co 3-6 miesięcy – wybór metody 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),

badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Leczenie przerzutowego raka piersi** **2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:** **2.1.1.** leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.2.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.3.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.4.** leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.5.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u> 1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi: a) uogólniony (IV stopień zaawansowania), lub	Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem lub kapiwasertybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc). 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. Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.2.2. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu	b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie), d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu, e) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6 oraz kapiwasertybu, f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu). W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla

b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG, sprawność 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku produktu leczniczego złożonego zawierającego trastuzumab i pertuzumab do podawania podskórnego; 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3. **2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym. Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.3.1. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.	indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD), c) progresję choroby (PD), d) czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD), progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 obejmuje w programie: 2.2.1 leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem w monoterapii po uprzednim leczeniu systemowym Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi: a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana niska ekspresją receptora HER2 (IHC /1+/ lub IHC /2+/ i ISH /-/ niezależnie od statusu receptorów hormonalnych; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) wartość LVEF co najmniej 50%; 7) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających		

badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.3. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **2.3.1.** leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.3.2.** leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.3.3.** leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo **2.3.4.** leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z co najmniej jedną zmianą w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN kapiwasertybem w skojarzeniu z fulwestrantem (II lub III linia leczenia zaawansowanego raka piersi, a w I linia leczenia tylko, gdy była stosowana terapia uzupełniająca inhibitorem CDK 4/6) albo **2.3.5.** leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem albo olaparybem) chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi). **2.3.6.** leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem pacjentów uprzednio leczonych co najmniej jedną linią hormonoterapii (samodzielnej bądź w skojarzeniu w tym – łącznie z inhibitorami		

CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby i co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołooperacyjnej, chemioterapia okołooperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.: a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – nie dotyczy sacytuzumabu gowitekanu; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 oceniona badaniem ISH (wynik /-/) u chorych z wynikiem /2+/ w badaniu IHC – dotyczy sacytuzumabu gowitekanu; 6) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu; 7) udokumentowana obecność co najmniej jednej zmiany w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN – tylko w przypadku kapiwasertybu;		

8) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 9) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 10) stan: a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): – stan po obustronnym usunięciu jajników, – brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), – brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK 4/6 lub kapiwasertybu; b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6 lub kapiwasertybu; c) mężczyźni (należy rozważyć podawanie agonisty LHRH zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami postępowania klinicznego). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania kapiwasertybu; 11) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): a) stan po obustronnym usunięciu jajników, b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn), c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH, lub mężczyźni.		

Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu; 12) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – nie dotyczy sacytuzumabu gowitekanu 13) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – dotyczy sacytuzumabu gowitekanu; 14) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 15) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy: brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów miąższowych w następstwie masywnych przerzutów). Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające: a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy, albo b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 16) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem: a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi – dotyczy rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem albo palbocyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem po uprzedniej hormonoterapii, lub b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy,		

lub c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu. Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu). Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6; 17) w przypadku sacytuzumabu gowitekanu przebyte leczenie: a) terapią hormonalną (samodzielnie bądź w skojarzeniu w tym – łacznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby, oraz b) co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołooperacyjnej, chemioterapia okołooperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej); Kryterium kwalifikacji w przypadku zastosowania sacytuzumabu gowitekanu. 18) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 19) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 20) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 21) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie		

lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. **2.4. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **2.4.1.** leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (I linia leczenia TNBC) albo **2.4.2.** leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem albo olaparybem chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (I lub II lub III linia leczenia TNBC) albo **2.4.3.** leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.: a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania), lub		

b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi; 4) udokumentowany brak ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾1%; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczona zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu; 8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 13) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;		

14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 4) obniżenie sprawności: a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego lub HER2-ujemnego lub potrójnie ujemnego raka piersi oraz w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi sacytuzumabem gowitekanu, b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego lub HER2-low raka piersi; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		

7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.		

Załącznik B.10.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM NERKI (ICD-10: C64)

<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 colspan="3">LECZENIE ADJUWANTOWE</td></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pembrolizumabem
1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;
2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease):
a) pośrednie-wysokie ryzyko:
– pT2 ze stopniem złośliwości histologicznej 4 (ang. Grade 4) lub cechami mięsakowatymi, bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),
– pT3, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),
b) wysokie ryzyko:
– pT4, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),
– dowolny pT, każdy stopień złośliwości histologicznej z zajęciem węzłów chłonnych i nieobecnością przerzutów odległych (M0),
c) stadium M1 bez objawów choroby:</td>
<td>1. Dawkowanie pembrolizumabu
Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.
Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pembrolizumabem
1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenia stężenia kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;
9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;
10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;
11) oznaczenie poziomu glukozy;
12) oznaczenie jonogramu (sód, potas);
13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</td>
</tr>
</table>

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

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

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
I LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem*, c) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego - w przypadku *kabozantynibu* z *niwolumabem;* 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 5) ukończony 18. rok życia;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, kabozantynibem*** w połączeniu z ***niwolumabem, niwolumabem*** w połączeniu z ***ipilimumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantynibu*, *kabozantynibu* z *niwolumabem*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*, *kabozantynibu* z *niwolumabem*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);

6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego; 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 8) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *kabozantynibem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC. **1.2.2. *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;		15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*, *kabozantynibu* z *niwolumabem*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantynibu*, *kabozantynibu* z *niwolumabem;* 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **1.2.3. *kabozantynibem* w skojarzeniu z *niwolumabem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem* w monoterapii; 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.		Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia *kabozantynibem* i *niwolumabem* w fazie monoterapii oraz *kabozantynibem* i *niwolumabem* w terapii skojarzonej; 2) co 3-6 tygodni – w fazie leczenia skojarzonego *ipilimumabem* z *niwolumabem*. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku *niwolumabu z ipilimumabem* z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna) tych ognisk, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
II LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla *kabozantynibu* i *niwolumabu*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *kabozantynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów		14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - *dla kabozantynibu* i *niwolumabu*; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem*. **1.2.2. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowe leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **4. Monitorowanie programu**

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
III LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego;

7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia** **1.2.1. *kabozantynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz *niwolumabem* w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem*. **1.2.2. *niwolumabem***		17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

1) udokumentowane niepowodzenie dwóch linii wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin); 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);		1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru; 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu); 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.12.FM.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C82, C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA GRUDKOWEGO (ICD-10: C82)		
W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia – *obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)*; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – *obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną*; *3)* w 3. lub kolejnych liniach leczenia: a) *mosunetuzumabem w monoterapii,* lub b) *epkorytamabem w monoterapii.* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego; 2) wiek 18 lat i powyżej;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia** 1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) Obinutuzumab w cyklu 1.: w dawce 1000 mg podawany w skojarzeniu z chemioterapią w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia. Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 *(liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):* w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. Chemioterapia:	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 6) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;

3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

4) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;

5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;

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

7) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii:

1.2.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia

1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor;

2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;

3) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.

1.2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;

1) CHOP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

2) CVP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

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

Leczenie indukujące obejmuje nie więcej niż 6-8 cykli w przypadku połączenia z chemioterapią CHOP lub CVP i nie więcej niż 6 cykli w przypadku połączenia z bendamustyną.

1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii

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

1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną

Obinutuzumab w cyklu 1.: w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),

8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;

9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

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

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);

2) ocena wydolności wątroby:

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

3) ocena wydolności nerek:

a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;

4) oznaczenie stężenia elektrolitów:

a) oznaczenie stężenia sodu,

b) oznaczenie stężenia potasu.

Badania wykonuje się:

a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15,

3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab. **1.2.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia chłoniaka grudkowego, w tym przeciwciało anty-CD20 i lek alkilujący lub lenalidomid. **1.2.4. epkorytamab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia ogólnoustrojowego chłoniaka grudkowego, w tym przeciwciało anty-CD20 i lek alkilujący lub lenalidomid. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia	8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Obinutuzumab w cyklach 2-6: w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Bendamustyna w cyklach 1-6: w dawce 90 mg/m^2 pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia. 1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii Obinutuzumab: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. **1.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Cykl 1: mosunetuzumab podawany w infuzji w dawce: – 1 mg w 1. dniu cyklu 1., – 2 mg w 8. dniu cyklu 1., oraz – 60 mg w 15. dniu cyklu 1. Cykl 2: mosunetuzumab podawany w dawce 60 mg w 1. dniu cyklu 2. Cykl 3 i kolejne: mosunetuzumab podawany w dawce 30 mg w 1. dniu cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.	b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku, c) w przypadku terapii epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3. oraz dodatkowo morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) przed każdym podaniem leku od cyklu 3. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać

indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata;

3) mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia wynosi:

a) 8 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie (CR),

albo

b) 17 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie (PR) lub stabilną chorobę (SD) choroby;

4) epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby w trakcie leczenia;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.), uniemożliwiających kontynuację leczenia;

3) okres ciąży lub karmienia piersią;

4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

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

6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w

Mosunetuzumab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.

1.4. epkorytamab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

1.4.1. Cykl 1:

Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce:

– 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie

– w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., następnie

– w dawce 3 mg w dniu 15. cyklu 1., a następnie

– w dawce 48 mg w dniu 22. cyklu 1.

1.4.2. Od 2 cyklu:

Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce 48 mg:

– w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,

– od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu,

– od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu.

Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące

badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.

Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia mosunetuzumabem i epkorytamabem.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia:

1) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).

Badania wykonuje się:

a) w przypadku terapii obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby,

b) w przypadku terapii mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 8 cyklach leczenia, po 17 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby,

c) w przypadku terapii epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 6 cyklach leczenia, po 12 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań

tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B		
W ramach części II. programu lekowego chorym na niżej wskazane chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie: 1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL): a) w 1. linii leczenia – *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem*; b) w 2. lub kolejnych liniach leczenia: – *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem,* – *tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem,* – *glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną;* c) w 3. lub kolejnych liniach leczenia: – *lonkastuksymab tezyryny w monoterapii,* – *epkorytamab w monoterapii* albo *glofitamab w monoterapii,*	**1. Dawkowanie leków** **1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.1.1. Cykle 1-6: Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu. Rytuksymab – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku

2) chorym na chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – *lonkastuksymab tezyryny w monoterapii*.

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

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

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii:

Cyklofosfamid – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

Doksorubicyna – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

Prednizon – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu.

1.1.2. Cykle 7-8:

Rytuksymab podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8.

1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem

Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).

Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli.

Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu.

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

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

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

dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;

7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
8) dodatkowo w przypadku terapii *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* oraz *glofitamabem w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną* – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
9) dodatkowo w przypadku terapii *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem*:
   a) elektrokardiografia (EKG),
   b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA,
   c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
10) dodatkowo w przypadku terapii *lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii* – oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP).

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

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub **polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem**

2.1.1. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) uprzednio nieleczony chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
3) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5;
4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia;
5) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).

1.2.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;
3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;
4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego;
5) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia;
6) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).

1.2.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;
3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;

1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

1.3.1. Cykle 1-12:

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

- w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22.,
- w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,
- od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.

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

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

Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.

1.3.2. Od 13 cyklu:

Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylnej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.

b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

3) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia elektrolitów:
   a) oznaczenie stężenia sodu,
   b) oznaczenie stężenia potasu.

2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem

2.2.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem tafasytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym).

2.2.2. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:

1) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
2) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);

2.3. epkorytamab w monoterapii

2.3.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym).

2.3.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3.:

4) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **1.2.4. glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **1.2.5. epkorytamab w monoterapii** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL, *de novo* lub transformacja z indolentnego chłoniaka); 3) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 4) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia ogólnoustrojowego; 5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20; 6) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego lub wcześniejsze niepowodzenie przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT). **1.2.6. glofitamab w monoterapii**	**1.4. glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.4.1. Cykl 1: Leczenie wstępne w dniu 1. cyklu 1. prowadzone jest zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla glofitamabu. Glofitamab podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. Gemcytabina – podawana jest dożylnie w dawce 1000 mg/ m^2 pc. w dniu 2. cyklu 1., przed podaniem oksaliplatyny. Oksaliplatyna – podawana jest dożylnie w dawce 100 mg/ m^2 pc. w dniu 2. cyklu 1. 1.4.2. Cykle 2-8: Glofitamab od 2. do 8. cyklu podawany jest dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu, przed podaniem gemcytabiny i oksaliplatyny. Gemcytabina – od 2. do 8. cyklu podawana jest dożylnie w dawce 1000 mg/ m^2 pc. w dniu 1. albo w dniu 2. każdego cyklu, przed podaniem oksaliplatyny. Oksaliplatyna – od 2. do 8. cyklu podawana jest dożylnie w dawce 100 mg/ m^2 pc. w dniu 1. albo w dniu 2. każdego cyklu, po podaniu gemcytabiny.	1) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. **2.4. glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną** lub **glofitamab w monoterapii** 2.4.1. Badania przeprowadzane w cyklu 1. przed leczeniem wstępnym oraz przed każdym podaniem glofitamabu, a następnie przed każdym kolejnym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. 2.4.2. Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem – test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;
3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia układowego.

1.2.7. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL);
2) nawrót choroby lub oporność na ostatnią linię leczenia zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji;
3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

1) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* – maksymalny czas trwania terapii skojarzonej wynosi 6 cykli, a maksymalny

1.4.3. Cykle 9-12:

Glofitamab od 9. do 12. cyklu podawany jest w monoterapii – dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu.

1.5. epkorytamab w monoterapii

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

1.5.1. Cykl 1:

Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce:

– 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie
– w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie
– w dawce 48 mg w dniu 15. i 22. cyklu 1.

1.5.2. Od 2 cyklu:

Epkorytamab podawany jest podskórnie w dawce 48 mg:

– w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,
– od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu,
– od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu.

Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.

2.5. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii

2.5.1. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP),
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
3) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie wskaźnika eGFR,
   c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.

W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
6) oznaczenie stężenia elektrolitów;
7) oznaczenie stężenia CRP;
8) oznaczenie stężenia ferrytyny;
9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
10) oznaczenie APTT;
11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
12) oznaczenie stężenia fibrynogenu;
13) oznaczenie stężenia D-dimerów.

czas leczenia rytuksymabem w monoterapii wynosi 2 cykle (cykl nr 7 i cykl nr 8); 2) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem* – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli; 3) *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem* – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; *4) glofitamabem w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną* – maksymalny czas leczenia glofitamabem w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną wynosi 8 cykli, następnie glofitamab podawany jest w monoterapii maksymalnie przez 4 cykle (od 9. do 12. cyklu); 5) *epkorytamabem w monoterapii* – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 6) *glofitamabem w monoterapii* – maksymalny czas leczenia wynosi 12 cykli (21-dniowych); 7) *lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii* – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;	**1.6. glofitamab w monoterapii** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.6.1. Cykl 1: Leczenie wstępne w dniu 1. cyklu 1. prowadzone jest zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla glofitamabu. Glofitamab podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. 1.6.2. Cykle 2-12: Glofitamab od 2. cyklu podawany jest dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu. Glofitamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. **1.7. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Lonkastuksymab tezyryny podawany jest dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dawce: – 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 1., następnie	O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia epkorytamabem i glofitamabem. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR). Badania wykonywane są: a) po 3 cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem* lub *polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem*, b) po 3 cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem*,

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	– w dawce 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 2., a następnie – w dawce 0,075 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	c) po 3 cyklach leczenia, po 6 cyklach leczenia i po 12 cyklach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii *glofitamab w skojarzeniu z gemcytabiną i oksaliplatyną, epkorytamab w monoterapii, glofitamab w monoterapii* oraz *lonkastuksymab tezyryny w monoterapii*. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.
III. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)		
W ramach części III. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszcza; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	**1. Dawkowanie leku** Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;

4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie; 5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni ibrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) oznaczenie stężenia albumin; 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza; 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia) oraz w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu: 1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
IV. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA STREFY BRZEŻNEJ (MZL) (ICD-10: C85.1, C85.7)		
W ramach części IV. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka strefy brzeżnej (MZL) udostępnia się terapię zanubrutynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka strefy brzeżnej, niezależnie od jego podtypu i lokalizacji, zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami;	**1. Dawkowanie leku** Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę. Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR,

2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia systemowego, w tym zawierającej przeciwciało anty-CD20; 5) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni zanubrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 6) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (np. badania endoskopowe lub inne). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek, 2) raz na 3 miesiące – elektrokardiografia (EKG).

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia), po 24 cyklach leczenia (w trakcie 25. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: a) TK lub PET-TK lub NMR lub inne badania oceniające zaawansowanie choroby w przypadku pozawęzłowej lokalizacji chłoniaka – rodzaj badań do decyzji lekarza. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
V. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C82, C83, C85) – TERAPIE CAR-T		
W ramach części V. programu lekowego chorym na odpowiednie chłoniaki B-komórkowe, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami udostępnia się poniższe terapie CAR-T: 1) chorym na chłoniaka grudkowego (FL) – lizokabtagenem maraleucelu; 2) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) – aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem albo lizokabtagenem maraleucelu;	**1. Dawkowanie leków** Schemat dawkowania terapii CAR-T, stosowanie chemioterapii limfodeplecyjnej oraz zalecane stosowanie premedykacji przed podaniem CAR-T – zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniej terapii CAR-T. Odpowiednie terapie CAR-T muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

3) chorym na chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) – aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem albo lizokabtagenem maraleucelu;
4) chorym na stransformowanego w DLBCL chłoniaka grudkowego (TFL) – aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem;
5) chorym na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – aksykabtagenem cyloleucelu albo lizokabtagenem maraleucelu;
6) chorym na chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) – breksukabtagenem autoleucelu.

1. Kryteria kwalifikacji

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

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

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. - 1.7.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T;
3) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;
4) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;

posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi odpowiednimi terapiami CAR-T.

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

Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniej CAR-T.

b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) ocena funkcji nerek, tj.:
a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
b) oznaczenie klirensu kreatyniny;
5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);
6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);
7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;
8) elektrokardiografia (EKG);
9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;
10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);
13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV),
14) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
a) oznaczenie APTT,
b) oznaczenie INR,
c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
e) oznaczenie stężenia D-dimerów.

1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem CAR-T

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) białka ostrej fazy:

5) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji CAR-T. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. linii leczenia chłoniaka FL, DLBCL, HGBCL lub PMBCL lizokabtagenem maraleucelu** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak grudkowy w stopniu 3B (FL3B) albo chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka FL, DLBCL, HGBCL lub PMBCL lizokabtagenem maraleucelu** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak grudkowy w stopniu 3B (FL3B) albo chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny.		a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1. wyżej); 5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1. wyżej). **1.3. Badania w dniu następnym po podaniu CAR-T** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T** 1) przez pierwsze 10 dni po podaniu infuzji należy codziennie monitorować pacjenta w wykwalifikowanym ośrodku

1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. linii leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL aksykabtagenem cyloleucelu 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo transformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) (badanie histopatologiczne z okresu rozpoznania lub dodatkowe badanie – jeśli są wskazania kliniczne); 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii; 3) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **1.5. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cyloleucelu** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo transformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT).		leczniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie INR, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) oznaczenie stężenia D-dimerów; (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 9) znaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania CAR-T, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

1.6. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka PMBCL aksykabtagenem cyloleucelu 1) potwierdzony histologicznie pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT). **1.7. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka MCL breksukabtagenem autoleucelu** 1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszcza (MLC); 2) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK); 3) oporność na leczenie zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) lub częściowej remisji (PR) po ostatniej linii leczenia lub progresja choroby po ostatniej linii leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aksykabtagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu albo jedno podanie lizokabtagenu maraleucelu albo jedno podanie breksukabtagenu autoleucel). Maksymalny czas opieki		W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T: 1) TK lub NMR lub PET-TK. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.

w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 5) aktywna hemoliza; 6) aktywna koagulopatia; 7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN; 9) zakażenie HIV; 10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 11) aktywna choroba autoimmunologiczna; 12) pierwotny niedobór odporności; 13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu, lizokabtagenem maraleucel, breksukabtagenem autoleucel, b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19);		

15) dodatkowo w przypadku terapii breksukabtagenemauloleucel: a) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, b) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej, c) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania odpowiedniej CAR-T.		
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR),

		c) choroba stabilna (SD), d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie całkowite (OS); Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.14.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją *imatynibu* udostępnia się terapie: *1) ponatynibem,* 2) *asciminibem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu *BCR-ABL1* lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. ponatynib** Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi: 1) 45 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją przewlekłej białaczki szpikowej do fazy akceleracji lub fazy kryzy blastycznej, 2) 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym. U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% IS (MR[1]), można zredukować dawkę *ponatynibu* do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie); 8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie); 9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej; 10) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*: a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. W przypadku ciąży lub karmienia piersią należy postępować zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku oraz aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *ponatynibem*** 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) oporność na uprzednie leczenie związana z wykrytą mutacją T315I lub b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2.2. *asciminibem*** 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia; 3) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami	**1.2. asciminib** Zalecana dawka *asciminibu* wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 6) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem* (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem): a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 3 miesiące. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

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

c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, lub d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej lub e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku; 3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) po 3 miesiącach stosowania leku; 4) brak częściowej cytogenetycznej odpowiedzi (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) lub BCR-ABL1 >10% IS (MR[1]) po 6 miesiącach stosowania leku; 5) brak redukcji BCR-ABL1 do <1% IS po 12 miesiącach stosowania leku; 6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. 1) *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.

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

Załącznik B.15.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybór leku dla pacjenta powinien być poprzedzony omówieniem korzyści i potencjalnego ryzyka jego stosowania. Pacjent oraz opiekun prawny muszą zostać poinformowani o konsekwencjach wyboru leczenia. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **1.1.** Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych, rekombinowanych o przedłużonym lub ultraprzedłużonym działaniu oraz emicizumab. **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 4) efanezoktokog alfa: 50 j.m./kg m.c. raz na tydzień Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza	**1. Kwalifikacja do leczenia** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs) 7) morfologia krwi. W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji

dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe, rozpoczęta do 3. roku życia.

Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym, lub ultraprzedłużonym działaniu, oraz emicizumab.

1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

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

1.4. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z umiarkowaną postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII > 1% i ≤ 5% normy z ciężkim fenotypem krwotocznym definiowanym jako ogólna liczba krwawień w ciągu 12 miesięcy ≥5 i/lub liczba krwawień do stawów ciągu 12 miesięcy ≥3.

2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień

2.1. Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A prowadzącego.

5) emicizumab:

zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4):

3 mg/ kg m. c. raz na tydzień;

zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia):

1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub

3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub

6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie.

Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.

2. Wtórna profilaktyka krwawień

1) czynnik VIII osoczopochodny:
   a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);
   b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).
2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

   140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).
3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX

leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;
2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;
3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.

2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.

Badania w monitorowaniu leczenia:

1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;
2) obecność przeciwciał anty-HBs;
3) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc, DNA HBV;
4) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;
5) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;
6) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;
7) badanie ogólne moczu;
8) ocena układu ruchu za pomocą skali HJHS.

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

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

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultraprzedłużonym działaniu, lub emicizumab;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultraprzedłużonym działaniu, lub emicizumab.

2.2. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

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

2.3. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z umiarkowaną postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII > 1% i ≤ 5% normy z ciężkim fenotypem krwotocznym definiowanym jako ogólna liczba krwawień w ciągu 12 miesięcy ≥5 i/lub liczba krwawień do stawów ciągu 12 miesięcy ≥3.

rekombinowany o przedłużonym działaniu:

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

4) efanezoktokog alfa:

50 j.m./kg m.c. raz na tydzień

Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza prowadzącego.

5) emicizumab:

zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4):

3 mg/ kg m. c. raz na tydzień;

zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia):

1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub

3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub

6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie.

Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.

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

3.1. Dawkowanie czynnika VIII:

2.3. Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:

1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);
2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny)

- w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego;

- w przypadku leczenia efanezoktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę koagulacyjną jednostopniową z zastosowaniem odpowiedniego odczynnika do pomiaru APTT;

- w przypadku leczenia emicizumabem do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę chromogenną.

2.4. Oznaczanie inhibitora (nie dotyczy pacjentów otrzymujących profilaktykę z zastosowaniem emicizumabu)

1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 10 przetoczeniach;
2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;
3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;
4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w

3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania powyżej 6 miesięcy od momentu wykrycia).

Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.

Decyzja o rodzaju i dawce leku oraz czasie terapii stosowanej w ramach modułu wywołania indukcji tolerancji immunologicznej jest podejmowana przez Zespół Koordynacyjny, zgodnie ze standardem leczenia hemofilii powikłanej inhibitorem.

Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:

1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B;
2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.

4. Kryteria wyłączenia

Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o

1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.

3.1.1 Dawkowanie efanezoktokogu alfa:

1) zalecana pojedyncza dawka 50 j.m./kg
2) można rozważyć podanie dodatkowej dawki/dawek zgodnie z aktualną charakterystyką produktu leczniczego

Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza prowadzącego.

1.2. Dawkowanie czynnika IX osoczopochodnego:

1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;
4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.

1.3. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX

dotychczasowej dawce.

W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.

W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy). **5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu** (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony): 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy; 2) ukończenie18 roku życia. **6. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku braku skuteczności leczenia, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania leku, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o jego zmianie w ramach programu lekowego.	rekombinowanego o przedłużonym działaniu: 1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c. **1.4.** Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym: 1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem; 2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-100 j/kg mc.; 3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba). Dawkowanie koncentratów czynnika krzepnięcia u pacjentów, u których stwierdzono utrzymywanie się inhibitora w mianie poniżej 5 B.U. oraz nieskuteczność leczenia w dotychczasowej dawce, może zostać ustalone indywidualnie przez Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.	

Załącznik B.17.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54); 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości	**1. Dawkowanie** **1.1** Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). **1.2** Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.). W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami. Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1** Immunoglobuliny dożylne Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.	następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych. Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20): Dawka 0,4-0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 2 do 4 tygodni. W początkowym okresie leczenia odstępy między pierwszymi infuzjami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie. Skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego. Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin. W przypadku pacjentów zmieniających leczenie bezpośrednio z immunoglobuliny podawanej dożylnie bądź pacjentów, którzy wcześniej przyjmowali immunoglobulinę dożylnie w udokumentowanych dawkach, produkt leczniczy należy podawać w tej samej dawce i z tą samą częstotliwością jak przy wcześniejszym leczeniu immunoglobuliną dożylną. W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórnie, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny. Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych: 1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG 2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCIg podaje personel medyczny 3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCIg podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego 4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod	a) morfologia krwi z rozmazem, b) AlAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy. Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin); w przypadku braku komplikacji raz na pół roku: - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań: a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. b) IgA w surowicy krwi, c) IgM w surowicy krwi, d) USG jamy brzusznej. **2.2** Immunoglobuliny podskórne Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy: a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał), b) morfologia krwi z rozmazem, c) AlAT, d) AspAT. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV). O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia

	nadzorem personelu medycznego 5) Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania pompy strzykawkowej, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia 6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta 7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy	w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.

Załącznik B.18.

LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego; 2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; 2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; 3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	**1. Dawkowanie triptoreliny** U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.

		1. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania: 1) LH; 2) FSH; 3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla. Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.19.

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

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

u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.); 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia); 6) wiek 3 lata i powyżej w przypadku terapii Somatrogonem; Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy przyjęciu terapii spełniały kryteria kwalifikacji do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 3) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;		5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 6) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia; 7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej; 8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego); 9) morfologia krwi, z rozmazem; 10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii; 11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu; 12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT; 13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3; 14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych; 15) stężenie 25OH wit. D; 16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA; 17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka; 18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach); 19) konsultacja hematoonkologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych; 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede

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

1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu; 2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów); 3) źle wyrównana cukrzyca.		działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera. **2.2. Co 180 dni:** 1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 4) pomiar stężenia TSH i fT4; 5) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrosu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 6) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3. Co 365 dni:** 1) RTG śródręcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na+ i Ca++ całkowitego i zjonizowanego);

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

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

Załącznik B.20.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu	**1. Dawkowanie** Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT_4; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1

1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;
2) złuszczenia głowy kości udowej;
3) pseudo-tumor cerebri;
4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;
5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;
6) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok;
7) osiągnięcie wieku kostnego:
   a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,
   b) powyżej 16 lat przez chłopca.

lub

5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$

2.2 Co 90 dni

1) pomiar stężenia IGF-1;
2) pomiar stężenia IGFBP3;
3) pomiar stężenia glukozy we krwi.

2.3 Co 180 dni

1) pomiar stężenia TSH;
2) pomiar stężenia fT4;
3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na+);
4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA 1c. lub co 365 dni
5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

2.5 Co 365 dni

1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;
2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;
3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co

		3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B_6; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę; 2) pozytywny wynik testu z witaminą B6 - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB6-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy; 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS); 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 5) ciąża lub karmienie piersią.		8) konsultacja neurologiczna; 9) konsultacja dietetyczna. W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.22.

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

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

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej** Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku: 1) wystąpienia objawów niepożądanych zagrażających życiu i niemożliwości prowadzenia dalszej terapii albo 2) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię i Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, po ocenie parametrów układu oddechowego, czynności mięśni lub parametrów kardiologicznych zmiana taka może przynieść korzyść terapeutyczną dla pacjenta – na tej podstawie możliwa jest jednorazowa zamiana leczenia, z możliwością powrotu do leczenia pierwotnego. - przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia. Znaczna progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia		15) konsultacja neurologiczna; 16) konsultacja kardiologiczna. **1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP; 5) stężenie CK, CK-MB; 6) gazometria; 7) USG jamy brzusznej; 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy); 9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej); 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) badanie okulistyczne; 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa); 20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);

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

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

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

Załącznik B.23.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób 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. W ramach programu udostępnia się terapię: 1) *imiglucerazą* 2) *welaglucerazą* 3) *eliglustatem* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) objawowa postać choroby;	**1. Enzymatyczna terapia zastępcza** Rozpoczęcie enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z łagodnym fenotypem choroby powinno być poprzedzone omówieniem korzyści z terapii i potencjalnego ryzyka jej wprowadzenia. Sugeruje się stosowanie minimalnej skutecznej dawki leku. Dawka może być zmodyfikowana indywidualnie dla każdego pacjenta w oparciu o osiągnięte i utrzymane cele terapeutyczne. **1.1. Imigluceraza** Dawka imiglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. **1.2. Welagluceraza alfa** Dawka welaglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. **2. Terapia redukcji substratu** **2.1. Eliglustat** Przed rozpoczęciem leczenia eliglustatem należy	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) próby wątrobowe: ALT, AST; 6) oznaczenie poziomu witaminy D, B12, E; 7) oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL; 8) oznaczenie aktywności chitotriozydazy; 9) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1; 10) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów); 11) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) badanie densytometryczne kości (DXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
4) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. imiglucerazą

1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I lub III;

1.2.2. welaglucerazą

1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I;

1.2.3. eliglustatem

1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I;
2) wiek ≥ 18 lat;
3) potwierdzenie słabego (PM), średniego (IM) lub szybkiego (EM) metabolizmu z udziałem izoenzymu CYP2D6.

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

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, pacjentki które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą lub laktacją i które w momencie określić metabolizm z udziałem izoenzymu CYP2D6.

U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę.

U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę.

W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.

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

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

lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);
14) EKG, a w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);
15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);
16) RTG płuc;
17) konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);
18) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);
20) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
21) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);
22) ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co 180 dni:

1) morfologia krwi pełna z rozmazem;
2) układ krzepnięcia: APTT, INR;
3) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów);
4) oznaczenie aktywności chitotriozydazy;
5) ocena miana przeciwciał przeciwko imiglucerazie lub welaglucerazie (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich);

2.2. Co 365 dni:

1) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1;

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

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

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obligatoryjnym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;

		10) badanie audiometryczne; 11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów; 12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach); 13) konsultacja neurologiczna; 14) badanie spirometryczne układu oddechowego; 15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej; 16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 17) test 3/6 minutowego marszu; 18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.25.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób 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. W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) idursulfazą* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) mukopolisacharydoza typu II (MPS II) zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	**1. Dawkowanie** Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie molekularne w kierunku mukopolisacharydozy typu II; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina; 5) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem; 6) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 7) parametry życiowe; 8) pomiary antropometryczne; 9) elektroencefalografia EEG; 10) elektrokardiografia EKG; 11) echokardiografia; 12) RTG klatki piersiowej; 13) USG jamy brzusznej; 14) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 15) RTG kręgosłupa; 16) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);

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

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

		dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii tj.: *wynik badania psychologicznego (określenie ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci)* oraz *wynik w teście 3/6 minutowego marszu*; 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.27.

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami: 1) *tobramycyną*, 2) *lewofloksacyną*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia** **1.1. tobramycyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa** 1) wiek 6 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa; **1.2. lewofloksacyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez Pseudomonas aeruginosa** 1) wiek 18 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, 3) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej,	**1. Dawkowanie** **1.1. Tobramycyna** Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku). **1.2. Lewofloksacyna** Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampułka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu. **2. Modyfikacja dawkowania**	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** **1.1. tobramycyną** 1) oznaczenie stężenia kreatyniny; 2) oznaczenie stężenia mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne potwierdzające wrażliwość Pseudomonas aeruginosa na tobramycynę; 4) badanie RTG lub TK lub MRI klatki piersiowej; 5) badanie audiometrii. **1.2. lewofloksacyną** 1) oznaczenie stężenia kreatyniny; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych Pseudomonas aeruginosa; 3) badanie EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. tobramycyną** 1) Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: a) oznaczenie stężenia kreatyniny;

4) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej. Muszą zostać spełnione łącznie kryteria szczegółowe (1.1. albo 1.2.) dla poszczególnych terapii. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3 albo cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia, 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego,	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	b) oznaczenie stężenia mocznika; c) badanie mikrobiologiczne; d) badanie spirometryczne; e) badanie audiometrii. **2.2. lewofloksacyną** 1) Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii). 2) Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania): a) oznaczenie stężenia kreatyniny; b) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi; c) badanie spirometryczne; d) badanie EKG. Po każdych 48 tygodniach leczenia tobramycyną oraz po roku leczenia lewofloksacyną (+/- 8 tygodni) należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni) dla leczenia tobramycyną:

5) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny; 6) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej; 7) dodatkowo w przypadku terapii lewofloksacyną: a) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C, b) okres ciąży lub karmienia piersią.		a) funkcja płuc oceniana na podstawie zmiany wartości FEV1%, FVC%; b) liczba zaostrzeń objawów płucnych; c) ocena mikrobiologiczna posiewów z dróg oddechowych/plwociny wraz z oceną wrażliwości na antybiotyki wyizolowanych bakterii; d) krwioplucie. Wskaźniki efektywności mierzone po każdym roku leczenia (+/- 8 tygodni) dla leczenia lewofloksacyną: a) funkcja płuc oceniana na podstawie zmiany wartości FEV1%, FVC; b) liczba zaostrzeń objawów płucnych; c) ocena mikrobiologiczna posiewów z dróg oddechowych/plwociny wraz z oceną wrażliwości na antybiotyki wyizolowanych bakterii; d) krwioplucie. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.
1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:
a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,
b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),
c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,
d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,
e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,
f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;
2) Wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);</td>
<td>1. Dawkowanie
1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)
a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;
b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;
c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;
d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;
e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;
f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m..
1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)
a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) Poziom miedzi;
2) Poziom ceruloplazminy;
3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);
4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;
5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.
2. Monitorowanie leczenia
Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach.
3. Monitorowanie programu</td>
</tr>
</table>

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Ciąża; 8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).	b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.. **1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.; d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.	1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.29.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami: 1) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia**: fumaran dimetylu, fumaran tegomilu, interferon beta-1a, interferon beta-1b, kladrybina, octan glatirameru, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., ozanimod, peginterferon beta-1a, ponesimod, teryflunomid, ublituksymab; 2) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia**: alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c., okrelizumab i.v.; 3) **szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS)**: alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c.; 4) **postać pierwotnie postępująca (PPMS)**: okrelizumab i.v.; 5) **postać wtórnie postępująca (SPMS)**: interferon beta-1b, siponimod. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia fumaranem dimetylu, fumaranem tegomilu, interferonem beta-1a, octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, teryflunomidem, ublityksymabem, kwalifikowani są pacjenci	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu alemtuzumabem, fingolimodem, fumaranem dimetylu, fumaranem tegomilu, interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, kladrybiną, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumebem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, siponimodem, teryflunomidem, ublituksymabem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); 5) dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu i.v.): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12

spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia natalizumabem s.c. kwalifikowani są dorośli pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1, 4, 8, 9, 11 albo 1, 5, 8, 9, 11 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia okrelizumabem i.v. kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,6,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia kladrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. 1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 4) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia fumaranem dimetylu lub fumaranem tegomilu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kladrybiną w ramach I linii		miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 6) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c. 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;

leczenia lub octanem glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v. w ramach I linii leczenia lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem definiowaną jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2; 5) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b): a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność, b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego: – co najmniej jedna nowa zmiana GD (+) lub – co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2; 6) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c): a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5; b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego: – mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji ≤ 5,0 lub – mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji >5,0, c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.):		16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c., ofatumumabu, ublituksymabu; 17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.; 20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem: a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9, b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem" i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej. **2. Inicjacja leczenia** W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

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

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; 9) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych: – stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku; 10) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia, b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu, c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów		6) monitorowanie leczenia **fingolimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, g) rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. 7) monitorowanie leczenia **natalizumabem i.v.** lub **natalizumabem s.c.**: a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, c) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia

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

a) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo b) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu); 3) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., okrelizumab i.v. na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 4) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v. na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 5) u pacjentów leczonych natalizumabem i.v., którzy nie tolerują leczenia w formie dożylnej (zapalenia żył po wlewach dożylnych lub trudny dostęp do żył) dopuszcza się zmianę na natalizumab s.c. 6) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach II linii leczenia dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub		mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV, d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem, e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia **okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c. lub ublituksymabem**: a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku, b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku, c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku, d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku; 10) monitorowanie leczenia **kladrybiną**: a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm3, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm3, b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,

fingolimod lub kladrybinę lub okrelizumab i.v. w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 7) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub fingolimod lub kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 8) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c., u których nie występuje już brak możliwości leczenia natalizumabem i.v. (w postaci dożylnej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył dopuszcza się zmianę leczenia na natalizumab i.v.; 9) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamiany leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia; 10) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na		c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku, d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku, e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku, f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku, g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia), h) MRI - zalecane raz na rok. Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu; 11) pacjentom leczonym alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, fumaranu tegomilu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c., ozanimodu, ponesimodu, peginterferonu beta-1a, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 12) pacjentom leczonym okrelizumabem i.v. w ramach II linii leczenia umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, fumaranu tegomilu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 13) pacjentom leczonym kladrybiną w ramach II linii leczenia lub w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, fumaranu tegomilu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c., ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 14) w przypadku leczenia okrelizumabem i.v lub okrelizumabem s.c. w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub kladrybinę (jeżeli dotychczas nie była stosowana). 15) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy		opublikowanymi przez NFZ.

zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub okrelizumab i.v. (jeżeli dotychczas nie był stosowany). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; 2) spełnienie kryteriów braku skuteczności leczenia zawartych w pkt 4 lub wyczerpanie dostępnych opcji terapeutycznych w ramach programu lekowego 3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej: a) przejście w postać wtórnie postępującą przy czym możliwa jest kontynuacja leczenia w programie pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do leczenia siponimodem lub interferonem beta 1b w ramach SPMS; b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji); 4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **4. Określenie czasu leczenia w programie** Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużać o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza. Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent		

powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem i.v. oraz natalizumabem s.c. Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby. Przy stosowaniu kladrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kladrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kladrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia. W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (fumaranem dimetylu lub fumaranem tegomilu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kladrybiną lub octanem glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v, lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia lekami II linii leczenia (alemtuzumabem lub fingolimodem lub kladrybiną lub natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. lub okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej)) uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów: 1) liczba i ciężkość rzutów: a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia		

sterydami lub b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia; 2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej: a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; 3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdych 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. **5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie**		

Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.		

Załącznik B.30.

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

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) toxinum botulinum,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) dzieci od 2 roku życia;
2) pacjenci:
a) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala,
lub
b) po przebytym urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala,
lub
c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35),
lub
d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80),
lub</td>
<td>1. Dawkowanie
Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.
Maksymalne dawkowanie:
1) Botox:
a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 6 j./kg mc., tylko jedna kończyna dolna – 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa),
albo
b) maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.
2) Dysport:
a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 30 j./kg mc. lub 1000</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) badanie neurologiczne:
a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,
b) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;
2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5).

2. Monitorowanie leczenia
Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.
Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:
1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;</td>
</tr>
</table>

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci leczeni toksyną botulinową poddawani są indywidualnej rehabilitacji ruchowej zgodnej z określonymi celami leczenia funkcjonalnego w okresie poprzedzającym i następującym po podaniu leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Po ukończeniu 18 lat pacjenci mogą kontynuować leczenie w programie lekowym B.57. **3. Kryteria wyłączenia z programu**	j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 21 j./kg mc. lub 840 j. – w zależności, która dawka jest niższa, tylko jedna kończyna dolna – 30 j./kg mc. lub 1000 j. – w zależności, która dawka jest niższa). Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).	2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		

Załącznik B.31.

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

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

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓŁOWE		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat) **I.A. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) II lub III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia** 1) II lub III klasa czynnościowa lub 2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii; 2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni; 3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni; 4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;	**A. Leczenie TNP u dorosłych** **1. Dawkowanie bosentanu** 1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **2. Dawkowanie iloprostu** 2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **3. Dawkowanie treprostinilu** 3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. 3.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. 3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej 2) test 6-minutowego marszu – a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania; 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności), 4) oznaczenie hemoglobiny oraz liczby płytek krwi- dla sotaterceptu; 5) badanie echokardiograficzne. **1.2. Badania inwazyjne** 1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania; 2) naczyniowego oporu płucnego; 3) pojemności minutowej; 4) saturacji mieszanej krwi żylnej

5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem; 6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); 7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil** **1.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia. **1.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** Co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL, **b) iloprost** 1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa; 2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP; 4) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;	**4. Dawkowanie sildenafilu** 4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie. 4.2. W przypadku progresji choroby udokumentowanej badaniami nieinwazyjnymi i cewnikowaniem prawego serca, zgodnie z opisem programu, istnieje możliwość zwiększenia dawki sildenafilu do maksymalnie 3 razy po 40 mg dziennie. **Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej** stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej. **5. Dawkowanie epoprostenolu** 5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. 5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. 5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL. **6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w**	i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia. Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów <18 r.ż. 1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP. 1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy: a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości, b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP. **2. Monitorowanie leczenia** Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.

6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku. **c) treprostinil** 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. **2. Epoprostenol** **2.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub	**terapii skojarzonej** 6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie; 6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii. **7. Dawkowanie riocyguatu** 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej** 8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości	Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek; 3) laktacja; 4) inne przeciwwskazania określone w ChPL. **3. Riocyguat** **3.1. Kryteria włączenia** 1) II lub III klasa czynnościowa; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe. **3.2. Kryteria wyłączenia** 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh); 3) ciąża; 4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu); 5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg.	nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL. **9. Dawkowanie sotaterceptu w terapii skojarzonej z dwoma lub trzema innymi substancjami czynnymi.** 9.1. Dawkowanie sotaterceptu powinno być zgodne z zapisem w ChPL. Lek podawany jest w postaci podskórnej co 3 tygodnie. Pierwsza dawka wynosi 0,3 mg /kg m.c. a kolejne 0,7 mg/kg m.c. o ile nie zaistnieją wskazania do redukcji lub pominięcia dawki zgodnie z ChPL. 9.2. Dawka bosentanu: zgodnie z ChPL. 9.3. Dawka macitentanu: zgodnie z ChPL. 9.4. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 9.5. Dawka riocyguatu: zgodnie z ChPL 9.6. Dawka iloprostu: zgodnie z ChPL. 9.7. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL. 9.8. Dawka treprostinilu: zgodnie z ChPL. 9.9. Dawka epoprostenolu: zgodnie z ChPL. **10.** Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.	**2.1. Badania nieinwazyjne** 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) oznaczenie hemoglobiny oraz liczby płytek krwi- dla sotaterceptu; 5) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań podstawowych); – wykonuje się co 3 - 6 miesięcy (za wyjątkiem pierwszych 5 podań sotaterceptu przed którymi należy każdorazowo oznaczyć hemoglobinę oraz liczbę płytek krwi lub dłużej, jeśli wartości są niestabilne,) 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

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Macytentan z sildenafilem

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;

11. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe, terapie skojarzone trójlekowe oraz terapie skojarzone czterolekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

B. Leczenie TNP u dzieci

1. Leczenie bosentanem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;
2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;
3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.

2. Leczenie sildenafilem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2.2. Badania inwazyjne

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

1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;
2) jeżeli:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami

   lub

   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.

2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej. **2.2. Kryteria wyłączenia:** 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh; 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia; 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A; 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu; 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 7) ciąża; 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. **3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:** **a) bosentan** **b) sildenafil** **c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.**	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.	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) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji

3.1. Kryteria włączenia 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **3.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie A I 1.2, **b) sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2, **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b, **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c, **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem**		sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

4.1. Kryteria włączenia 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia; 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2, 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b, 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2, 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)** **5.1. Kryteria włączenia** 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **5.2. Kryteria wyłączenia** 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego; 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha); 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa; 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;		

5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza; 6) Ciężkie arytmie; 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy; 8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym; 9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków. Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne. **6. Sotatercept w terapii skojarzonej z dwoma lub trzema z poniższych substancji czynnych:** **a) bosentan albo macytentan,** **b) sildenafil albo riociguat,** **c) epoprostenol albo iloprost albo treprostinil albo seleksypag.**		

6.1. Kryteria włączenia 1) rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego idiopatycznego, dziedzicznego, związanego z działaniem leków lub toksyn, chorobami tkanki łącznej, prostymi skorygowanymi wadami przeciekowymi serca; 2) naczyniowy opór płucny - w trakcie aktualnie prowadzonej terapii, co najmniej 5 jednostek Wooda (cewnikowanie prawego serca w okresie do 3 miesięcy przed włączeniem sotaterceptu); 3) liczba płytek krwi przed rozpoczęciem leczenia równa lub większa 50 x 10^9/l; 4) nieskuteczne (stosowane przez co najmniej 3 miesiące) lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej dwu lub trójlekowej; 5) pacjenci w III klasie czynnościowej pomimo dotychczasowego leczenia. **6.2. Kryteria wyłączenia** a) sotatercept — nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego, — pacjenci ze stale utrzymującą się liczbą płytek krwi < 50 x 10^9/l pomimo podjętych działań mających na celu dostosowanie dawki zgodnie z ChPL, b) bosentan – określono w punkcie A I 1.2, c) macitentan – określono w punkcie A II 1.2.b), d) sildenafil – określono w punkcie A I 2.2, e) riociguat – określono w punkcie A II 3.2, f) iloprost – określono w punkcie A II.A 1.2 b, g) seleksypag – określono w punkcie A II 5.2,		

h) treprostinil - określono w punkcie A II.A 1.2 c, i) epoprostenol - określono w punkcie A II.A 2.2. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych jednego lub dwóch leków (wyłącznie w przypadku skojarzenia trójlekowego) zastosowanych w programie, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu pozostałych leków- za wyjątkiem monoterapii sotaterceptem. **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)** **I. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby; 3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia; 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt; 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia**		

1) I-III klasa czynnościowa. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego); 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh); 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 4) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem** **1.1. Kryteria włączenia** Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje. **II.B. TERAPIA SKOJARZONA** **1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:** **a)** bosentan, **b)** sildenafil, **c)** iloprost albo treprostinil albo epoprostenol. **1.1. Kryteria włączenia**		

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. **1.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** – określono w punkcie B I 1.2; **b) sildenafil** – określono w punkcie B I 2.2; **c) iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b; **d) treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c; **e) epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2. **C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT** Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji.		

Załącznik B.32.

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

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

postaci podskórnej lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem; 2) ciężka lub umiarkowana, czynna postać ChL-C (wynik w skali PCDAI ≥30 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 lat albo wynik w skali CDAI >220 punktów u dorosłych pacjentów) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub pacjenci z ChL-C cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby (leczenie wedolizumabem lub ustekinumabem lub upadacytynibem wyłącznie po wcześniejszym niepowodzeniu anty-TNF w tej grupie pacjentów) lub pacjenci po odcinkowej resekcji jelita z powodu ChL-C, u których badanie endoskopowe wykonane w ramach nadzoru wykazało zmiany zapalne w okolicy zespolenia (≥ 2 punktów w skali Rutgeertsa) lub w innych odcinkach jelita, pomimo stosowanego leczenia immunosupresyjnego lub po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego z powodu powikłań lub nietolerancji – wyłącznie w przypadku leczenia infliksymabem lub adalimumabem; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;		13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów); 14) anty HBc total; 15) określenie początkowej wartości wskaźnika CDAI u dorosłych albo PCDAI u dzieci i młodzieży; 16) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia upadacytynibem. **2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem** 1) po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT, dodatkowo w przypadku leczenia upadacytynibem wykonuje się oznaczenia stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci); 2) w leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej (w przypadku pacjentów

6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn´s and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy). Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI< 30 punktów. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 2) adalimumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, b) leczenie podtrzymujące adalimumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji		zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologię krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT oraz stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów (wyłącznie w przypadku upadacytynibu) oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Dodatkowo można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia. Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia. Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia. Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 3) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej), b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI; 4) wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, z możliwością dodatkowego podania leku w 10 tygodniu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI; 5) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI. **3. Zakończenie leczenia w programie** 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów;		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako stwierdzenie spadku aktywności CDAI o co najmniej 70 pkt oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów – ocena na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI < 30 punktów, przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne -

2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt *3. Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.33.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *tocilizumabem,* 7) *rytuksymabem,* 8) *baricytynibem,* 9) *tofacytynibem,* 10) *upadacytynibem,* 11) *filgotynibem,* 12) *anakinrą,* 13) *kanakinumabem.* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.	**1. Dawkowanie** 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib, anakinrę i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Zmiana postaci dożylnej tocilizumabu albo infiksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 3) obecność antygenu HBs; 4) przeciwciała anty-HBc; 5) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 8) EKG z opisem; 9) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub

1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz, u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR oraz do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem choroby Stilla z początkiem w wieku dorosłym (AOSD) po niepowodzeniu wcześniejszej terapii, w zależności od postaci klinicznej choroby, glikokortykosteroidami (GKS) lub co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami:

   a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:

      – wartość DAS 28 – większa niż 5,1

      albo

      – wartość DAS – większa niż 3,7

      albo

      – wartość SDAI – większa niż 26

   lub

   skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.

   W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib, anakinra i kanakinumab mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

   anakinrą lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;

   10) oznaczenie płytek krwi (PLT);

   11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

   12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

   13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

   14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

   15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

   16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);

   17) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;

   18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub

b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) lub – z RZS z wtórną amyloidozą lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD). 2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). 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,		**filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem** – po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem oraz

których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa. b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem** – po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy; oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS); b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 4) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL		Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w

lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). 5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:		ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 7) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).		

Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo kanakinumabem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:		

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane. 10) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z AOSD, poddani wcześniej leczeniu jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo rytuksymabem albo anakinrą zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane lub z uwagi na postać kliniczną AOSD nie jest wskazane. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną		

odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 12) W ramach programu lekowego u pacjentów z AOSD nie jest możliwe zastosowanie więcej niż jedenastu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 13) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 14) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 15) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 16) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym. 17) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 18) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).		

19) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 20) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 26 lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu znacznego zmniejszenia objawów układowych. 2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe.		

Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 3,3 lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu ustąpienia objawów układowych. 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe. 4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia. 5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza. 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.		

4. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości: a) DAS 28 powyżej 3,2 albo b) DAS powyżej 2,4 albo c) SDAI powyżej 11. 3) Pacjent z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych. 4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych. 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW (MIZS)

W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:

1) *adalimumabem,*
2) *etanerceptem,*
3) *sekukinumabem,*
4) *tocilizumabem w postaci dożylnej,*
5) *anakinrą,*
6) *tofacytynibem,*
7) *kanakinumabem.*

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:
   a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym

   albo

1. Dawkowanie

1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylnej, anakinrę, tofacytynib i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.
2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.

   W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylnej, anakinry, tofacytynibu i kanakinumabu z innym, wymienionym w programie klasycznym lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po

1. Badania przy kwalifikacji do programu

1) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;
2) obecność antygenu HBs;
3) przeciwciała anty-HBc;
4) przeciwciała anty-HCV;
5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
7) EKG z opisem;
8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;
9) oznaczenie płytek krwi (PLT);
10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
11) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
12) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
13) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów. 2) Do terapii tofacytynibem kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania: a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co	uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej lub tofacytynibem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (±1 miesiąc): 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) młodzieńczego łuszczycowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania. 3) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania: a) młodzieńczego łuszczycowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co		7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej lub tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać

najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania albo b) zapalenia stawów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania. 4) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej lub kanakinumabem) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza		odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

albo b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38oC, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące. 5) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem, tofacytynibem albo tocilizumabem w postaci dożylnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 6) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem oraz kanakinumabem lub		

– tocilizumabem oraz kanakinumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ: i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 7) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani wcześniejszemu leczeniu inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylnej lub anakinrą, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 8) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylnej albo anakinrą albo tofacytynibem albo kanakinumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.		

9) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS. 10) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 11) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 12) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane. 13) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 14) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. 15) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 16) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).		

17) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 18) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako: a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,		

b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi. 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc). 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów: a) liczba stawów z czynnym zapaleniem; b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości; c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS; d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS; e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ); f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP). 4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub nawrót czynnych objawów układowych, w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). 5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 4a) i 4b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (±1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.		

7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza. 10) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 11) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 3. ppkt 3), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji. 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych. 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.		

4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.35.

LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *iksekizumabem,* 7) *sekukinabem,* 8) *tofacytynibem,* 9) *upadacytynibem,* 10) *ryzankizumabem,* 11) *guselkumabem,* 12) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:	**1. Dawkowanie** 1) **Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib, ryzankizumab, guselkumab i bimekizumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA /ASAS. 2) Zmiana postaci dożylnej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;

1) ustalone rozpoznanie ŁZS postawione na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej: a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt; 2) aktywna postać choroby: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) – aktywna postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów: i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3	Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) przeciwciała anty-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową. **2. Monitorowanie leczenia** Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznacznie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm albo ii. wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo iii. wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10;		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesiący(± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznacznie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt 1. ppkt 2)i; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1 – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm; 3) niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS definiowana jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma		6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać

niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii; 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem		odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS: a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3.		

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym ośmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;		

2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1) dla postaci obwodowej oraz pkt 2. ppkt 2) dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii w ramach programu. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u		

którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.36.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *certolizumabem pegol,* 3) *etanerceptem,* 4) *golimumabem,* 5) *infliksymabem,* 6) *sekukinumabem,* 7) *iksekizumabem,* 8) *upadacytynibem,* 9) *tofacytynibem,* 10) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** 1) **Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib, tofacytynib i bimekizumab** należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 2) Zmiana postaci dożylnej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) przeciwciała anty-HCV;

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG;
2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie;
3) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia;
4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:
   a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS ≥ 2,1, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;
   b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;
   c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;
16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
17) EKG z opisem;
18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.

2. Monitorowanie leczenia

Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;
2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów

5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod		(lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy(±1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3. **3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu		w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

leków, w tym sześciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe; 3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2. stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytynibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.37.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI U CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie: 1) *darbepoetyną alfa;* 2) *epoetyną alfa;* 3) *roksadustatem*; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę; b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów. 3) wiek: a) powyżej 1 roku życia – dla terapii *darbepoetyną alfa* i *epoetyną alfa*; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii *roksadustatem.*	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa** 1) okres uzyskania poprawy: a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie lub b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie lub c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych. 2) leczenie podtrzymujące: a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych).	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu; 3) badanie wysycenia transferryny żelazem we krwi (TSAT); 4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR); 5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu. Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki. Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i

4) wykluczenie dializoterapii;
5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

3. Kryteria wyłączenia

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

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

1.2. Dawkowanie epoetyny alfa

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

Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.

Maksymalnie:

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

1.3. Dawkowanie roksadustatu

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

każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 7) schyłkowa niewydolność nerek; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.	a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.	

Załącznik B.38.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości; 2) zaburzenia przemian węglowodanowych; 3) choroba nowotworowa, 4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 1) stężenie parathormonu (intact PTH); 2) fosfataza alkaliczna; 3) proteinogram; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) stężenie kreatyniny; 6) stężenie mocznika; 7) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-); 8) morfologia krwi z rozmazem; 9) gazometria. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat); 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.		a) stężenie parathormonu (intact PTH), b) fosfataza alkaliczna, c) proteinogram, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie kreatyniny, f) stężenie mocznika, g) jonogram w surowicy krwi (Na+, K+, Ca++, Ca zjonizowany+, P-), h) morfologia krwi z rozmazem, i) gazometria. **2.3 Po 90 dniach** 1) stężenie IGF-1. **2.9 Co 365 dni** 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: a) badania densytometryczne, b) RTG stawów biodrowych, c) konsultacja okulistyczna, d) konsultacja ortopedyczna, e) cystouretografia, 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG/USG stawów biodrowych, c) TK z kontrastem stawów biodrowych, 7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.

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

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenia dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu** Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji. U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.	**1. Monitorowanie leczenia** 1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. **2. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation); 2) przeszczepienie nerki; 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.		

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)

<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>Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach:
1) pacjenci neonatologiczni,
2) pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą do 1 roku życia,
3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia,
4) pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia.
Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.
Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.
Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.

1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Pacjenci neonatologiczni
1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium:
a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni,
lub</td>
<td>1. Dawkowanie paliwizumabu
Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.
Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:
1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej;
2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca;
3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni;
4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy.

2. Monitorowanie leczenia
Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku.
Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz</td>
</tr>
</table>

b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g, 2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni, 3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej. **1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą:** 1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. **1.3. Pacjenci kardiologiczni:** 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z: a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego, lub b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym, lub c) siniczymi wadami serca, z przezskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się <90%. **1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni:** 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki; liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.		pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakikolwiek ze składników występujących w preparacie, 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał, 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie, 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.		

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym; 2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia; 3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców; 4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów; 7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu); 8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,

		d) badanie ogólne i posiew moczu; 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.42.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej; 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri; 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm; 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych); 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok; 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.		3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego); 4) pomiar stężenia IGF-1; 5) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.44.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) omalizumabem,* *2) mepolizumabem,* *3) benralizumabem,* *4) dupilumabem,* 5) *tezepelumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA. **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Kryteria włączenia do programu** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: **1.1.1.** pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie. Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 2) test *in vitro* (opcjonalnie); 3) pomiar masy ciała; 4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 8) morfologia krwi i badania biochemiczne:

wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat; 6) masa ciała 20-150 kg; 7) niepalenie tytoniu; 8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej** **1) mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.	a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 12) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia: a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:	Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **2) benralizumabem** Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	**1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **1.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;

– brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); 3) palenie tytoniu; 4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie**	pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	4) morfologia krwi i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny,

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

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Kryteria włączenia do programu

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon)

pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem

Tezepelumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),

c) stężenie AIAT,

d) stężenie AspAT;

3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;

4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);

6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

Ponadto przeprowadzana jest:

1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.	3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **2.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);		2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);

5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego		2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem** **3.1. Kryteria włączenia do programu:** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: **3.1.1.** pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥350 komórek/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥150 komórek/µl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi ≥1,0g (w przeliczeniu na prednizon) 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2		**3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **3.4. Monitorowanie leczenia:** **Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej**

adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz		**terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem**

prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. albo **3.1.2.** pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofilii we krwi na poziomie ≥150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE; 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekle; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,		**4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny; b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); c) stężenie AIAT; d) stężenie AspAT; 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów); 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego		3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

3.2. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące. **4.4. Monitorowanie leczenia** **Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:** 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **Ponadto przeprowadzana jest:** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu

12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **3.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem** **4.1. Kryteria włączenia do programu** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:		ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **5.** Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię

4.1.1. pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez: 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) niepalenie tytoniu; 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;		nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **6. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności poszczególnych terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 10) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni tezepelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **4.2. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);		

5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o ≥ 0,5 pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **4.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu		

podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie tezepelumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie tezepelumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii tezepelumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		

Załącznik B.47.

LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)

<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>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) adalimumabem,
2) etanerceptem,
3) infliksymabem,
4) iksekizumabem,
5) sekukinumabem,
6) ustekinumabem,
7) ryzankizumabem,
8) guselkumabem,
9) certolizumabem pegol,
10) tyldrakizumabem,
11) bimekizumabem,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</td>
<td>1. Dawkowanie
1) Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, ryzankizumab, guselkumab, certolizumab pegol, tyldrakizumab i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC
2) Zmiana postaci dożylnej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.

2. Modyfikacja dawkowania
Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) morfologia krwi;
2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);
3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
4) stężenie kreatyniny w surowicy;
5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);
6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;
8) obecność antygenu HBs;
9) przeciwciała anty-HCV;
10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego).

2. Monitorowanie leczenia</td>
</tr>
</table>

1) pacjenci w wieku: a) 18 lat i powyżej, lub b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, lub c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem; 2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; 3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 10, oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; 4) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 4 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC. 5) do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod	praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	Po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać: 5) oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni): 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; 5) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie. 6) 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. 7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie. 8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%		Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

lub 2) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów. **3. Kryteria i warunki zmiany terapii** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą, lub b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL, lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. **4. Czas leczenia w programie**		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych , dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy: a) PASI większy niż 10, oraz b) BSA większy niż 10, oraz c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10, d) w przypadku kwalifikacji z powodu zajęcia miejsc szczególnych , kiedy pacjent nie spełniał kryteriów PASI większy niż 10 lub BSA większy niż 10 lekarz prowadzący ocenia brak/utratę odpowiedzi na leczenie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent: 1) u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta; 2) u którego z przyczyn niemedycznych lub z powodu ciąży odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI>10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.		

Załącznik B.50.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorem PARP niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami: 1) olaparyb; 2) niraparyb; 3) rukaparyb; oraz jedną linię leczenia (od II do IV linii) opornego na platynę, surowiczego, o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancją: 1) mirwetuksymab sorawtanzyna. **W leczeniu nowo zdiagnozowanego** zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: 1) **w monoterapii:** a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2, albo b) niraparyb lub rukaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD);	**1. Dawkowanie** **1.1. olaparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. **1.2. niraparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 300 mg. **1.3. rukaparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 1200 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. **1.4. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:** **bewacyzumab** - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. **olaparyb** - maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA125; 8) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych w

2) **w skojarzeniu:**

a) olaparyb z bewacyzumabem u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);

W leczeniu nawrotowego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:

1) **w monoterapii:**

a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).

W leczeniu opornego na platynę, surowiczego, o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:

1) **w monoterapii:**

a) mirwetuksymab sorawtanzyna u pacjentek z dodatnim receptorem folianowym alfa (FRα), które otrzymały przynajmniej jedną, ale nie więcej niż trzy linie wcześniejszego systemowego leczenia przeciwnowotworowego (w tym co najmniej jedna linia chemioterapii z udziałem pochodnych platyny).

W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorem PARP i jednorazowa możliwość leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyny.

1. Kryteria kwalifikacji

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

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem.

1.5. mirwetuksymab sorawtanzyna w monoterapii:

zalecana dawka wynosi 6 mg/kg skorygowanej należnej masy ciała (ang. adjusted ideal body weight, AIBW), podawana raz na 3 tygodnie (cykl 21-dniowy) w postaci infuzji dożylnej.

Wzór:

IBW kobiety [kg] = 0,9*wzrost [cm] – 92

AIBW = należna masa ciała (IBW [kg]) + 0,4*(rzeczywista masa ciała [kg] – IBW)

2. Modyfikacja dawkowania leków

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

przypadku zastosowania mirwetuksymabu sorawtanzyny;

9) EKG w przypadku leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyną;

10) konsultacja okulistyczna w przypadku leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyną;

11) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;

12) inne badania w razie wskazań klinicznych.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenia stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;

3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

6) konsultacja okulistyczna w przypadku stosowania mirwetuksymabu sorawtanzyny i stwierdzenia nowych działań niepożądanych ze strony narządu wzroku lub w stopniu większym lub równym G2 zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

7) inne badanie w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się w przypadku leczenia:

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 6) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** **1.2.1. nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej** 1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) **w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem w monoterapii** stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA1/2* bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu), lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu albo rukaparybu),		a) olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem co 1 miesiąc, b) mirwetuksymabem sorawtanzyną co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem leku) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania. **3. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych wykonuje się w przypadku leczenia: a) olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy, b) mirwetuksymabem sorawtanzyną nie rzadziej niż co 3 miesiące, przy czym pierwsze badanie monitorujące wykonuje się najpóźniej w 9 tygodniu leczenia. 2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch

lub – FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA 1/2 (*w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu albo rukaparybu), lub – FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu); albo b) **w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem** histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową lub zabieg cytoredukcji; 2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach BRCA1/2 (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; 4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; **1.2.2. nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej** 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);		kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej. 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności

3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; **1.2.3. opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej** 1) histologiczne rozpoznanie surowiczego niskozróżnicowananego o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego rak jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej; 2) platynooporność zdefiniowana jako nawrót choroby w okresie ≤6 miesięcy od daty podania ostatniej dawki platyny z wyjątkiem pacjentów, u których progresja po podaniu pierwszej linii chemioterapii opartej o związki platyny wystąpiła w czasie ≤3 miesięcy; 3) wcześniejsze zastosowanie co najmniej 1, ale nie więcej niż 3 linii leczenia systemowego (w tym co najmniej jedna linia chemioterapii z udziałem pochodnych platyny); 4) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją FRα zdefiniowany jako ≥75% żywych komórek nowotworowych przy umiarkowanym (2+) i (lub) silnym (3+) zabarwieniu błony w badaniu IHC potwierdzony z wykorzystaniem zwalidowanego testu; 5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem		leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące, b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST– pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat, c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 36 miesięcy, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 3) leczenie chorych rukaparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 24 miesiące, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.		

4) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, 5) leczenie chorych mirwetuksymabem sorawtanzyną na opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb albo rukaparyb albo mirwetuksymab sorawtanzyna) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej: a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG; b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG; c) w przypadku leczenia opornego na platynę raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		

7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.52.

LECZENIE CHORYCH Z PŁASKONABŁONKOWYM RAKIEM NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani **1.1.** ***Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:*** a) ***e****kspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,* b) *ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);* **1.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loko regionalnym lub przerzutami odległymi; 2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;	**1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) ocena stanu sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała; 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, g) oznaczenie poziomu TSH, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;

3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18. roku życia; 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) nieobecność przeciwwskazań: a) w przypadku monoterapii: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **1.3. Kryteria wyłączenia z programu**		6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263. **1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) badania laboratoryjne; 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** **2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem** 1) badanie przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała;

1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na pembrolizumab; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny** ***2.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny*** **2.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;		4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, g) oznaczenie poziomu TSH, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) Badanie laboratoryjne;

4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. **2.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem** Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **2.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie** 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na lek;		3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego:	***IRd*** *– iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*
DVTd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem;*	***EloPd*** *– elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*
DVd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*	***IsaPd*** *– izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*
DRd *– daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*	***Tec*** *– teklistamab w monoterapii;*
Kd *– karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;*	***Elra*** *– elranatamab w monoterapii;*
KRd *– karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*	***Tal*** *– talkwetamab w monoterapii.*

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym w 1. linii leczenia: ***DVTd, DRd,*** 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym: ***DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, EloPd, IsaPd, Tec, Elra, Tal.*** ***Uwaga:*** *terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.* **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia w schemacie:** **1.1.1. DVTd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; 2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; 8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym – badanie kośćca do decyzji lekarza);

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG – za wyjątkiem terapii *Tec*;
3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytowego;
4) brak przeciwwskazań do stosowania leku/leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;
5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną/aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia w schemacie:

Talidomid: podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.

Deksametazon: podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. *Deksametazon* w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6.

1.1.2. DRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.

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

Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).

1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.2.1. DVd

9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku;
10) dodatkowo w przypadku schematu *IRd*, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu *IRd* – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;
11) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, IsaPd* – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);
12) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, Tec, Elra, Tal* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
13) dodatkowo w przypadku schematu *Kd, KRd:*
    a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
    b) elektrokardiografia (EKG),
    c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 9) oraz za wyjątkiem badań z pkt 10, które mogą być wykonane wcześniej).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;
3) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd, DVd, DRd, IsaPd, Tec, Elra, Tal*:

1.2.1. DVTd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). **1.2.2. DRd** 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0,5x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).	Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli. Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Bortezomib: w dawce 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli. Deksametazon: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat, BMI < 18,5, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami). **1.2.2. DRd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.	a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie klirensu kreatyniny; 4) dodatkowo w przypadku schematu *Kd*, *KRd*: a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG); 5) dodatkowo w przypadku schematu *Tec*, *Elra*, *Tal* – oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG). W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.3.1. DVd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) nie stwierdzono oporności na leczenie *bortezomibem*.

1.3.2. DRd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0{,}5 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9$/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9$/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).

1.3.3. Kd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9$/l lub $\geq 30 \times 10^9$/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;
3) LVEF ≥40%;
4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;
5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).

1.2.3. Kd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15 każdego cyklu w dawce:

1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:
2) 70 mg/m^2 pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie:
3) w dawce 70 mg/m^2 pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu.

Dawkowanie *karfilzomibu* może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.

Deksametazon: w dawce 40 mg doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. *Deksametazon* należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem *karfilzomibu*.

1.2.4. KRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:

1) początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:

12) oznaczenie stężenia fibrynogenu;
13) oznaczenie stężenia D-dimerów.

O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz.

Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.

Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Zapisy dotyczące CRS i ICANS odnoszą się do leczenia teklistamabem, elranatamabem i talkwetamabem.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu zalecane jest nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia należy wykonać badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG), w tym m.in.:

1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
5) oznaczenie klirensu kreatyniny;

6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.

1.3.4. KRd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0{,}5 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9$/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9$/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *lenalidomidu*);
3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;
4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;
5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.

1.3.5. IRd

1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16);
2) 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:
3) w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie:
4) w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.

Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m^2 powinni otrzymywać dawkę *karfilzomibu* obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m^2, a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem *karfilzomibu* w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać *karfilzomibu* w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m^2 pc. jest podawana przez 10 minut.

Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.

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

Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.

Deksametazon: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. *Deksametazon* należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem *karfilzomibu*.

6) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;
7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
   a) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),
   b) całkowita odpowiedź (CR),
   c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),
   d) częściowa odpowiedź (PR),
   e) choroba stabilna (SD),
   f) brak odpowiedzi (NR),

3) brak oporności na leczenie *lenalidomidem*; 4) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10^9/l; liczba płytek krwi ≥75x10^9/l lub ≥30x10^9/l, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne. **1.3.6. EloPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili ≥1x10^9/l; liczba płytek krwi ≥50x10^9/l (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). **1.3.7. IsaPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające *lenalidomid* i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) brak oporności na leczenie *pomalidomidem*; 4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem *izatuksymabu* szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <60 ml/min/1,73 m^2 pow. ciała; 5) bezwzględna liczba neutrofili ≥1x10^9/l; liczba płytek krwi ≥50x10^9/l (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).	**1.2.5. IRd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Iksazomib: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa *lenalidomidu* powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka *lenalidomidu* w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.6. EloPd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Elotuzumab: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1. i 2., a następnie w dawce 20 mg/kg mc. w 1. dniu każdego kolejnego cyklu. Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu, podawana co najmniej 2 godziny po zakończeniu wlewu *elotuzumabu*, gdy podawane są w tym samym dniu. Liczba dni podawania *pomalidomidu* w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	g) progresja choroby (PD), h) przeżycie bez progresji choroby (PFS), i) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1.3.8. Tec 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anty-CD38; 3) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 4) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10^9/l; liczba płytek krwi ≥50x10^9/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). **1.3.9. Elra** 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anty-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10^9/l; liczba płytek krwi ≥25x10^9/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). **1.3.10. Tal** 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anty-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;	Deksametazon w dniach, w których podawany jest *elotuzumab*: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: zalecana dawka *deksametazonu*: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu *elotuzumabu* oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu *elotuzumabu*, 2) u pacjentów w wieku >75 lat: zalecana dawka *deksametazonu* to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu *elotuzumabu* oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu *elotuzumabu*. Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany *elotuzumab*, a w których zaplanowane jest podanie dawki *deksametazonu*, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, 2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. **1.2.7. IsaPd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Izatuksymab: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu. Pomalidomid: zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. Liczba dni podawania *pomalidomidu* w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	

3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9$/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem: 1) *DVTd* – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym; 2) *KRd* – leczenie *karfilzomibem* w skojarzeniu z *lenalidomidem* i *deksametazonem* trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie *lenalidomidem* i *deksametazonem*. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu *DRd w 1. linii leczenia*;	Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.8. Tec** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Teklistamab: leczenie teklistamabem należy rozpocząć od dawek startowych 0,06 mg/kg m.c. i 0,3 mg mg/kg m.c., zgodnie ze schematem stopniowego zwiększania dawki teklistamabu opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS). Następnie, po zastosowaniu schematu stopniowego zwiększania dawki, zalecana dawka teklistamabu to 1,5 mg/kg m.c., podawana podskórnie 1 raz w tygodniu. U pacjentów, którzy mieli całkowitą odpowiedź (CR) lub rygorystyczną CR (sCR) przez co najmniej 6 miesięcy, można rozważyć zmniejszenie częstości dawkowania do 1,5 mg/kg mc. co dwa tygodnie. Przed podaniem każdej dawki teklistamabu należy zastosować produkty lecznicze w premedykacji, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia CRS. **1.2.9. Elra** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Elranatamab: leczenie elranatamabem podawanym we wstrzyknięciu podskórnym, należy rozpocząć od stopniowego zwiększania dawki w celu zmniejszenia częstości występowania i nasilenia CRS i ICANS, zgodnie ze	

3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.	schematem opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku: 1) dawkowanie stopniowo zwiększane: elranatamab podawany w dawce: a) 12 mg w 1. dniu 1. tygodnia, a następnie: b) w dawce 32 mg w 4. dniu 1. tygodnia, 2) następnie od 1. dnia 2. tygodnia elranatamab podawany jest w dawce 76 mg 1 raz na tydzień w tygodniach 2-24, 3) po co najmniej 24 tygodniach leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na dwa tygodnie, począwszy od 25. tygodnia leczenia, u pacjentów, u których uzyskano odpowiedź na leczenie, 4) począwszy od 49. tygodnia leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na cztery tygodnie u pacjentów, którzy zostali poddani co najmniej 24-tygodniowemu leczeniu w schemacie co dwa tygodnie, i u których utrzymała się odpowiedź na leczenie. Szczegóły dotyczące sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku oraz stosowanej premedykacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.2.10. Tal** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Talkwetamab: należy podawać podskórnie w schemacie dawkowania co tydzień lub co dwa tygodnie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla talkwetamabu. W przypadku pacjentów otrzymujących talkwetamab zgodnie ze schematem dawkowania 0,4 mg/kg mc. co tydzień, u których uzyskano odpowiednią odpowiedź kliniczną (tj. sCR, CR, VGPR lub PR) potwierdzoną w co najmniej dwóch	

	kolejnych ocenach choroby wykonywanych nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia (dobór badań diagnostycznych powinien być zgodny z aktualnymi kryteriami IMWG odpowiednio dla każdego rodzaju uzyskanej odpowiedzi), można rozważyć przejście na schemat dawkowania 0,8 mg/kg mc. co dwa tygodnie. 1) Talkwetamab w schemacie dawkowania co tydzień: a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki: talkwetamab podawany podskórnie w dawce: – 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie – w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie – w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., a następnie: b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnie w dawce 0,4 mg/kg mc. 1 raz na tydzień. 2) Talkwetamab w schemacie dawkowania co dwa tygodnie: a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki: talkwetamab podawany podskórnie w dawce: – 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie – w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie – w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., następnie – w dawce 0,8 mg/kg mc. w dniu 7., a następnie: b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnie w dawce 0,8 mg/kg mc. 1 raz na 2 tygodnie. Szczegóły dotyczące stosowanej premedykacji oraz sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku, w tym możliwości opóźniania dawki i warunków dotyczących możliwości zmiany dawkowania z cotygodniowego na co dwa tygodnie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje**	

	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Zaleca się profilaktykę żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. W przypadku leczenia *daratumumabem, teklistamabem* lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV. <u>Leki podawane w infuzji:</u> Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.	

Załącznik B.55.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG): *1) infliksymab;* *2) wedolizumab;* *3) tofacytynib;* *4) ustekinumab;* *5) filgotynib;* *6) ozanimod;* *7) upadacytynib;* *8) mirikizumab.* Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu albo mirikizumabu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu, mirikizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej ChPL lub w aktualnych rekomendacjach ECCO lub PTG-E. **2. Modyfikacje dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL lub z aktualnymi rekomendacjami ECCO lub PTG-E.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, upadacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) bilirubina – w przypadku ozanimodu lub mirikizumabu; 5) kreatynina; 6) białko C-reaktywne; 7) badanie ogólne moczu; 8) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total; 10) przeciwciała anty HCV; 11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 12) stężenie elektrolitów w surowicy; 13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie 1) wiek od 6 lat życia w przypadku infliksymabu w postaci dożylnej albo wiek od 18 lat w przypadku infliksymabu w postaci podskórnej lub wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu lub mirikizumabu; 2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (ocena ≥6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥18 lat albo ocena ≥35 punktów w skali PUCAI u osób w wieku <18 lat): a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylne leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenia lub b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA);		15) badanie endoskopowe; 16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; 17) badanie kału na toksynę *Clostridioides Difficile*; 18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem; 19) kalprotektyna; 20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI; 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI; 3) morfologia krwi obwodowej; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn´s and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy). Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem albo mirikizumabem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali Mayo albo PUCAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.		**2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. **2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 16 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu

Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI; 2) wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 3) tofacytynib a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 4) ustekinumab		(modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 3) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. **2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem**

a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej), b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 5) filgotynib a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące filgotynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 6) ozanimod a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, b) leczenie podtrzymujące ozanimodem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 7) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być		W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 22 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofili) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia. **2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;

przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 8) mirikizumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 12 tygodni leczenia, okres leczenia indukcyjnego może maksymalnie wynosić 24 tygodnie, b) leczenie podtrzymujące mirikizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo, c) ponowna indukcja: w przypadku pacjentów, u których stwierdzono utratę odpowiedzi terapeutycznej podczas leczenia podtrzymującego mirikizumabem możliwe jest ponowne podanie mirikizumabu w infuzji dożylnej co 4 tygodnie (łącznie 3 dawki). Jeśli dodatkowa terapia dożylna przyniesie korzyści kliniczne, pacjenci mogą wznowić podawanie podskórne. **3. Zakończenie leczenia w programie** 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;		3) morfologię krwi z rozmazem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby limfocytów w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia (w razie potwierdzenia bezwzględnej liczby limfocytów <0,2 × 10^9/l należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu >0,5 × 10^9/l, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem); 4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy. **2.7. Monitorowanie leczenia upadacytynibem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki, z możliwością ostatecznej oceny po 16 tygodniu, na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu; 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.

5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.). **2.8. Monitorowanie leczenia mirikizumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 4 i 8 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 12 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 24 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) AlAT i AspAT oraz bilirubina co miesiąc podczas terapii indukcyjnej; 4) CRP, morfologia z krwi obwodowej w 4, 8 i 12 tygodniu. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać AlAT i AspAT oraz bilirubinę co 1-4 miesiące zgodnie ze standardową praktyką postępowania z pacjentami i stosownie do wskazań klinicznych, a także morfologię krwi obwodowej, CRP i ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. **2.9. Optymalizacja leczenia** W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem lub mirikizumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.

		Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca. **2.10. Monitorowanie skuteczności leczenia** Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako spadek w całkowitej skali Mayo o co najmniej 3 pkt albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI – ocena na koniec okresu indukcji; – remisja kliniczna rozumiana jako liczba luźnych stolców na poziomie normalnym oraz nieobecność krwawień z odbytu (wynik 0 w skali PRO-2) bez konieczności stosowania steroidów, bez konieczności leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;

		– wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt *2.10 Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji i jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji:
1) apalutamid;
2) darolutamid;
3) enzalutamid;
4) olaparyb;
5) niraparyb + octan abirateronu;
6) talazoparyb.

W leczeniu wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid.

W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów (nmCRPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid.

W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) stosowany jest enzalutamid albo olaparyb albo niraparyb + octan abirateronu albo talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem.

W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowym antyandrogenemoraz inhibitorem PARP.

1. Kryteria kwalifikacji</td>
<td>1. Dawkowanie leków
U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.
1) apalutamid: zalecana dawka dobowa wynosi 240 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.
2) darolutamid: zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem.
U pacjentów z mHSPC leczenie darolutamidem należy rozpocząć w skojarzeniu z docetakselem. Pierwszy z 6 cykli docetakselu należy podać w ciągu 6 tygodni od rozpoczęcia leczenia darolutamidem. Leczenie mHSPC należy kontynuować do czasu progresji choroby lub wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, nawet jeśli podanie kolejnego kursu docetakselu jest</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia PSA;
4) oznaczenie stężenia testosteronu;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem lub talazoparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny);
6) oznaczenie stężenia bilirubiny;
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
9) scyntygrafia kośćca;
10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej);
11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem,</td>
</tr>
</table>

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

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
2) ukończony 18. rok życia;
3) stan sprawności:
   a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu),

   albo

   b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC);
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwskazanie do zastosowania terapii;
7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami apalutamidem albo enzalutamidem albo darolutamidem w opóźnione lub leczenie docetakselem przedwczesnie zakończono.

3) **enzalutamid:** zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.

Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować równocześnie z docetakselem (za wyjątkiem darolutamidu w mHSPC) ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.

4) **olaparyb:** zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH).
5) **niraparyb + octan abirateronu**: dawka początkowa obejmuje podanie raz dziennie dwóch tabletek zawierających w jednej tabletce 2 substancje czynne (1 tabletka: niraparyb 100 mg + octan abirateronu 500 mg) oraz 10 mg prednizonu/prednizolonu. W razie konieczności możliwe jest zastosowanie tabletek o obniżonej zawartości niraparybu (niraparyb 50 mg + octan abirateronu 500 mg).

   Niedopuszczalne jest zastosowanie niraparybu w skojarzeniu z octanem abirateronu przy użyciu dwóch oddzielnych tabletek (tabletki zawierającej niraparyb i osobno tabletki zawierającej octan abirateronu).

enzalutamidem chorych na nmCRPC);

12) rentgenografia lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC;
13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), albo olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem);
2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);

skojarzeniu z docetakselem 1) stadium wrażliwości na kastrację; 2) udokumentowana możliwość rozpoczęcia leczenia docetakselem (w przypadku leczenia darolutamidem); 3) zakończone leczenie docetakselem albo decyzja lekarza o odstąpieniu od stosowania docetakselu wraz z jej uzasadnieniem (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem); 4) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu; 5) obecność przerzutów potwierdzona w badaniu scyntygrafii kości lub przerzutów do tkanek miękkich lub przerzutów trzewnych w badaniach obrazowych (TK/MR), w przypadku występowania wyłącznie przerzutów do węzłów chłonnych do programu mogą zakwalifikować się jedynie pacjenci z przerzutami nieregionalnymi (tj. występującymi powyżej rozwidlenia aorty); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej; 7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastracja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej; 8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu w chorobie przerzutowej; 9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu lub profilaktyce osteoporozy); **1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem** 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium	6) **talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem**: zalecana dawka to 0,5 mg talazoparybu w skojarzeniu ze 160 mg enzalutamidu raz na dobę. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem także wyliczenie klirensu kreatyniny); Badania laboratoryjne wykonuje się: – badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych; – przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), – morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej; 2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;

w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml; 3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty, o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki piersiowej; 4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu; 6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem). **1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu** 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w		4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej. Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD, c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD, d) progresja (PD), e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

badaniach obrazowych; 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu. **1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem** 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*; 5) u chorych z klirensem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej. **1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie na etapie mCRPC) niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem**		udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) nieobecność wskazań do zastosowania chemioterapii w I linii leczenia mCRPC); 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu (z wyjątkiem pacjentów, którzy kontynuują leczenie mCRPC rozpoczęte maksymalnie 4 miesiące wstecz, o ile w trakcie leczenia pacjent nie doznał progresji choroby (nie jest konieczne wykonywanie badań obrazowych, chyba że występują wskazania kliniczne do ich wykonania)) w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem; 6) niestosowanie wcześniejszego leczenia niesteroidowymi antyandrogenemi; 7) niestosowanie wcześniejszego leczenia inhibitorami PARP; 8) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2* w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 9) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genach HRR (BRCA2, ATM, CDK12, CHECK2, BRCA1, PALB2, RAD51C) w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem;		

10) u chorych z klirensem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów: a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii lub b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym); 2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:		

a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), albo b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC); 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.57.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *toxinum botulinum*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek od 18 roku życia; 2) pacjenci: a) po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub b) po przebytym urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35), lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80), lub	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalne dawki na sesję: 1) Botox: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 600 j. (tylko jedna kończyna górna – 350 j., tylko jedna kończyna dolna – 400 j.); 2) Dysport: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 1500 j. (tylko jedna kończyna górna – 1100 j., tylko jedna kończyna dolna – 1500 j.); 3) Xeomin: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne – 800 j. (tylko jedna kończyna górna – 500 j., tylko jedna kończyna dolna – 600 j.). Częstość podawania leku zależy od stanu	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq$ 2,5). **2. Monitorowanie leczenia** Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli dotychczas leczeni w ramach programu lekowego B.30. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. **3. Kryteria wyłączenia z programu**	klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).	1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku; 2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		Council (MRC), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ

Załącznik B.58.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZEŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE RAKA PRZEŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. *adenocarcinoma of the esophagogastric* junction, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego EAC - ang. *esophageal adenocarcinoma*, gruczolakorak przełyku ESCC - ang. *esophageal squamous cell carcinoma*, płaskonabłonkowy rak przełyku		
W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab*;** 3) ***ipilimumab*;** 4) ***tislelizumab*.** Leczenie **uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje: 1) leczenie adiuwantowe ***niwolumabem*** w **monoterapii** dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczołowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z	**1. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku. **2. Dawkowanie** **2.1. *pembrolizumab*** Zalecana dawka ***pembrolizumabu*: 200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) stwierdzenie choroby resztkowej ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii; 3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score):

chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.

U pacjentów kwalifikowanych do leczenia wymagane jest wcześniejsze zastosowanie chemioradioterapii w leczeniu neoadiuwantowym oraz przeprowadzenie resekcji chirurgicznej (R0), wykonanej nie wcześniej niż 16 tygodni przed włączeniem do programu.

Leczenie **zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)** obejmuje:

1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą ***fluoropirymidynę*** i **pochodną *platyny*** albo z ***ipilimumabem*** dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 ≥ 1% (I linia leczenia).

   Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

2) leczenie ***pembrolizumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną *platyny*** i ***fluoropirymidynę*** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia).

   Do leczenia *pembrolizumabem* kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z

Dawkowanie **chemioterapii** stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

2.2. *niwolumab w monoterapii*

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w leczeniu uzupełniającym: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni**, a następnie **480 mg co 4 tygodnie.**

2.3. *niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią*

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w EAC**: 360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie**

Dawkowanie **chemioterapii** opartej na *fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny* w leczeniu skojarzonym z *niwolumabem* prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem*.

2.4. *niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem*

   – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

   – ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) ≥ 1 % - dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*;

6) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej ≥ 5 % za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

7) morfologia krwi z rozmazem;

8) oznaczenie stężenia kreatyniny;

9) oznaczanie stężenia glukozy;

10) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;

11) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

12) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

13) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

14) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem* lub *tislelizumabem*;

15) oznaczenie poziomu fT4 i TSH;

16) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

17) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

18) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy

przerzutami, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

3) leczenie ***tislelizumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną *platyny*** i ***fluoropirymidynę*** lub **pochodną *platyny*** i ***taksan (paklitaksel)*** dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym, lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PD-L1 ≥ 5% (I linia leczenia).

   Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

4) leczenie ***niwolumabem* w monoterapii** dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych *platyny* w skojarzeniu z *fluoropirymidyną* (II linia leczenia).

   Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny* i *fluoropirymidynie*:

   a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia

   lub

   b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.

Zalecana dawka ***niwolumabu*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem***: **3 mg/kg mc. co 2 tygodnie** lub **360 mg co 3 tygodnie**.

Zalecana dawka ***ipilimumabu***: **1 mg/kg mc. co 6 tygodni**.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania *ipilimumabu* możliwe jest odstawienie *ipilimumabu* i kontynuowanie leczenia *niwolumabem* w monoterapii.

2.5. *tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią*

Zalecana dawka ***tislelizumabu***: **200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**.

Dawkowanie **chemioterapii** opartej na pochodnej *platyny* i *fluoropirymidynie* lub pochodnej *platyny* i *taksanie (paklitaksel)* w leczeniu skojarzonym z *tislelizumabem* prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *tislelizumabem*.

2.6. *tislelizumab* w monoterapii

Zalecana dawka ***tislelizumabu***: **200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**.

brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);

19) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi;
2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem* lub *tislelizumabem*;
9) oznaczenie wolnej T4 i TSH;
10) EKG – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*.

Badania wykonuje się:

- nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta, w przypadku leczenia ESCC lub EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem* lub leczenia *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,
- nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC) lub *tislelizumabem* w monoterapii,

Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie. 5) leczenie ***tislelizumabem* w monoterapii** dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na pochodnych *platyny* (II linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny*: a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia lub b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii. Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie. Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (AEG)** obejmuje: 1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie*** (***5FU***) i pochodnej ***platyny*** (***oksaliplatynie*** lub ***kapecytabinie*** - według schematu ***CAPOX*** lub ***FOLFOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6		– przed każdym podaniem *ipilimumabu*, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem*, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka kliniczną, – przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z *pembrolizumabem* należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8), – nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia *pembrolizumabem*. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). 2) leczenie ***pembrolizumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną *platyny*** i ***fluoropirymidynę*** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym gruczolakorakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami, lub z HER-2 ujemnym gruczolakorakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia). Do leczenia *pembrolizumabem* kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego gruczolakoraka przełyku nieoperacyjnego lub z przerzutami, lub HER-2 ujemnego zaawansowanego lub z przerzutami gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *pembrolizumabu* albo *tislelizumabu*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie potwierdzony: – rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczołowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów		**4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym – dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – płaskonabłonkowy lub gruczołowy rak przełyku miejscowo zaawansowany nieoperacyjny lub z przerzutami, lub gruczołowy HER-2 ujemny zaawansowany lub z przerzutami rak połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta – dotyczy leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym - dotyczy leczenia *tislelizumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią; 3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score): – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor		

proportion score) ≥ 1 % – dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*; 5) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej ≥ 5 % za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią; 6) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG *pembrolizumabem*; 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 8) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG; 9) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 11) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 12) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;		

14) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 15) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 17) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** Leczenie *niwolumabem* w monoterapii (II linia leczenia ESCC) lub *pembrolizumabem* lub *tislelizumabem* w monoterapii trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Leczenie *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC lub EAC) albo *ipilimumabem* (ESCC) lub *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności trwa maksymalnie 24 miesiące. Leczenie uzupełniające (adiuwantowe) *niwolumabem* w monoterapii trwa maksymalnie 12 miesięcy.		

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem* albo leczenia *tislelizumabem* w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią, – 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii, – 6 tygodni w przypadku leczenia *pembrolizumabem*. **3. Kryteria wyłączenia** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych		

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami: 1) ***niwolumab***; 2) ***tislelizumab***; 3) ***ramucyrumab***; 4) ***triflurydyna z typiracylem***; 5) ***trastuzumab derukstekan***. Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje: 1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny*** (***oksaliplatynie*** lub ***kapecytabinie*** - według schematu ***CAPOX*** lub ***FOLFOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).	**1. Dawkowanie** **1.1. *niwolumab*** Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkowanie chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny* (*oksaliplatynie* lub *kapecytabinie* - według schematu *CAPOX* lub *FOLFOX*) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem*. **1.2. *tislelizumab*** Zalecana dawka *tislelizumabu*: **200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**. Dawkowanie chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie* i pochodnej *platyny* (*cisplatyna* + *5-fluorouracyl* lub schemat	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania ogólne** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 8) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych; 9) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. **1.2.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***niwolumabem*** lub ***tislelizumabem*:** 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2;

2) leczenie ***tislelizumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie*** i **pochodnej *platyny*** (***cisplatyna+5-fluorouracyl*** lub schemat ***CAPOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 ≥5% (I linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie 3) leczenie ***ramucyrumabem*** w skojarzeniu z ***paklitakselem*** w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną* (II linia leczenia). Do leczenia *ramucyrumabem* kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresja choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną*. 4) leczenie ***triflurydyną*** z ***typiracylem*** pacjentów z gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego w stadium uogólnionym (obecność przerzutów w narządach odległych), u których udokumentowano nieskuteczność dwóch wcześniejszych standardowych schematów leczenia choroby zaawansowanej, w tym obejmujących *fluoropirymidynę*, *platynę* i *taksany* lub *irynotekan* (III linia leczenia). Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*, z potwierdzoną	*CAPOX*) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *tislelizumabem*. **1.3. *ramucyrumab*** Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawka *paklitakselu*: **80 mg/m2**, podawana we wlewie dożylnym **w 1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni.** Przed podaniem *ramucyrumabu* we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhydraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie, w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Premedykacja przed podaniem *paklitakselu* powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną. **1.4. *triflurydyna z typiracylem*** 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 3) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej ≥ 5 % za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem*; 4) oznaczenie stężenia glukozy; 5) oznaczenie poziomu sodu, potasu; 6) oznaczenie poziomu fT4 i TSH. **1.3.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***ramucyrumabem*:** 1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR; 2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); 3) badanie ogólne moczu (jeśli w wyniku badania stwierdza się obecność białka na co najmniej 2+ należy zlecić 24-godzinną zbiórkę moczu); 4) pomiar ciśnienia tętniczego. **1.4.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***triflurydyną z typiracylem*:** 1) badanie ogólne moczu. **1.5.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***trastuzumabem derukstekanem***: 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ potwierdzające nadekspresję receptora HER2 (brak możliwości wykorzystania badania wykonanego wcześniej, z wyjątkiem sytuacji, w których ponowne wykonanie badania

nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.

5) leczenie ***trastuzumabem derukstekanem*** pacjentów z HER2 dodatnim zaawansowanym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego, którzy otrzymali wcześniej schemat leczenia oparty na *trastuzumabie* (II lub kolejne linie leczenia).

W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *tislelizumabu*.

1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;
3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
4) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej ≥ 5 % za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem*
5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

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

1.5. *trastuzumab derukstekan*

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

nie jest możliwe ze względów klinicznych lub z powodu braku możliwości pobrania tkanki do badania).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
6) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
10) EKG w razie wskazań klinicznych;
11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*

Badania wykonuje się:

– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*,
– przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia *ramucyrumabem*,
– przed każdym cyklem podania *triflurydyny* w skojarzeniu z *typiracylem*,

6) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*; 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 8) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem* lub *trastuzumabem derukstekanem;* 12) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 14) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*; 15) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 17) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.		– u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* lub chemioterapii skojarzonej z *tislelizumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną, – dodatkowo przed podaniem każdej dawki *paklitakselu* badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5), – dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia *ramucyrumabem*, – przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia *trastuzumabem derukstekanem*. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy, tomografia komputerowa lub RTG klatki piersiowej lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem* lub *trastuzumabem derukstekanem*, – nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,

18) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/ lub IHC /2+//, wynik + w badaniu ISH – dotyczy leczenia *trastuzumabem derukstekanem*. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. W przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: 1) 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*; 2) 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem;* 3) zgodnie z ChPL w przypadku *trastuzumabu derukstekanu*. **3. Kryteria wyłączenia** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku		– nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia) w przypadku leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia można wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

niwolumabu, w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni); 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Załącznik B.59.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie systemowe substancjami: *1) niwolumab;* *2) pembrolizumab;* *3) niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem;* *4) wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem;* *5) enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem;* *6) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem;* *7) niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem.* W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje: *1) niwolumab;* *2) pembrolizumab;* *3) dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem.* W leczeniu przedoperacyjnym finansuje się substancje: *1) niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem.* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.	**1. Dawkowanie** Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. **1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem** Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. **1.1.1.** Zalecane dawki dla terapii niwolumabem: Pacjenci o masie ciała co najmniej 50 kg: 1) 240 mg co 2 tygodnie lub 2) 480 mg co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – nie dotyczy terapii czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 3) ocena ekspresji PDL1 na komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 4) wykluczenie przerzutów w biopsji węzłów wartowniczych – dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem,

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej; dla niwolumabu w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC wiek 12 lat i powyżej);
2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych:
   a) w stadium zaawansowania IIB lub IIC (dotyczy terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem),
   b) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem,
   c) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem);
   d) w stadium zaawansowania IIIB, IIIC, IIID (klinicznego, operacyjnego) – dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem;
3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji

Pacjenci o masie ciała poniżej 50 kg:

1) 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub
2) 6 mg/kg mc. co 4 tygodnie.

1.1.2. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem:

Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek.

W przypadku terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem przed resekcją podaje się maksymalnie 2 dawki terapii skojarzonej: niwolumab w dawce 240 mg i ipilimumab w dawce 80 mg.

1.1.3. Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem:

1) 200 mg co 3 tygodnie lub
2) 400 mg co 6 tygodni.

1.1.4. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem:

Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie.

Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem (w tym u tych chorych, którzy otrzymywali skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem) lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby,

dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;

11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi;
13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;
14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu);
15) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;
16) ogólne badanie moczu dla leczonych niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem;
17) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry;
18) pomiar masy ciała;
19) ocena sprawności w skali ECOG;
20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
21) elektrokardiogram (EKG);
22) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych;
23) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w celu udokumentowania zmian przerzutowych;

RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego i przedoperacyjnego;

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;

7) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;

8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;

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

10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. *niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem*

1) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu oraz z wyjątkiem stosowania wcześniejszej terapii przedoperacyjnej niwolumabem z ipilimumabem) oraz

a) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry lub

częściowa lub całkowita odpowiedź wg RECIST) pod następującymi warunkami:

1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach;

2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku;

3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii.

W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem.

1.2. Dawkowanie wemurafenibu w skojarzeniu z kobimetynibem lub dabrafenibu z trametynibem

W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z powyższych leków w terapii skojarzonej z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu.

Pacjenci włączeni do programu przez 1 marca 2017 r. mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem lub dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.

1.2.1. Zalecane dawki dla terapii dabrafenibem z trametynibem:

Dabrafenib w dawce 150 mg dwa razy na dobę oraz trametynib w dawce 2 mg raz na dobę.

1.2.2. Zalecane dawki dla monoterapii dabrafenibem:

24) inne badania laboratoryjne i obrazowe (w tym scyntygrafia) w razie wskazań klinicznych.

Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem:

1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);

2) badanie okulistyczne ostrości i pola widzenia oraz dna oka.

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 28 dni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu maksymalnie 3 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie dotyczy leczenia uzupełniającego i przedoperacyjnego).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną przedmiotową całej skóry;

2) pomiar masy ciała;

3) ocena sprawności w skali ECOG;

4) morfologia krwi z rozmazem;

5) oznaczenie stężenia hemoglobiny;

6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;

b) nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego. Wcześniejsze leczenie uzupełniające terapią anty-PD-l czerniaka w stopniu IIB lub IIC (dotyczy pembrolizumabu i niwolumabu), czerniaka z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji; nie wyklucza z możliwości zastosowania immunoterapii w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV. 2) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% na komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem). **1.2.2.** *skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem* 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 3) wykluczone jednoczesne stosowanie chemioterapii.	150 mg dwa razy na dobę. **1.2.3.** Zalecane dawki dla terapii wemurafenibem w skojarzeniu z kobimetynibem: Wemurafenib w dawce 960 mg dwa razy na dobę oraz kobimetynib w dawce 60 mg raz na dobę. Terapię kobimetynibem prowadzi się w cyklach 28-dniowych: po 21 dniach podawania leku następuje 7-dniowa przerwa. **1.3. Dawkowanie enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem:** **1.3.1.** Zalecane dawki dla terapii enkorafenibem w skojarzeniu z binimetynibem: Enkorafenib w dawce 450 mg raz na dobę oraz binimetynib w dawce 45 mg dwa razy na dobę.	7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem, dabrafenibem z trametynibemoraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu - dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek; 18) elektrokardiogram (EKG); 19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej

1.2.3. *uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem* 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem). **1.2.4.** *uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem* 1) całkowita resekcja czerniaka (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca (wyłącznie niwolumabem) podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem); 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem) w stadiach zaawansowania III – IV (nie dotyczy terapii uzupełniającej niwolumabem stosowanej po terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem, która dotyczy jedynie chorych w klinicznym stopniu III); 3) brak wystarczającej odpowiedzi patomorfologicznej po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem – tylko dla terapii		wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem; 20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem. Badania laboratoryjne wykonuje się: 1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni; 2) dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem badania wykonuje się w terminie między drugą dawką a resekcją; 3) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni. Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku (z wyjątkiem leczenia przedoperacyjnego niwolumabem z ipilimumabem). Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania. W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK

adjuwantowej niwolumabem (jako niewystarczającą odpowiedź patomorfologiczną definiuje się więcej niż 10% żywego utkania nowotworowego w materiale pooperacyjnym); 4) wykluczenie przerzutów do węzłów wartowniczych – dla terapii pembrolizumabem lub niwolumabem w stadiach zaawansowania IIB – IIC; 5) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się: a) uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; b) leczenia przedoperacyjnego niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem (wyłącznie dla terapii uzupełniającej niwolumabem) - leczenie można rozpocząć w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia. **1.2.5.** *neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem* 1) kwalifikacja do całkowitej resekcji czerniaka wraz z terapeutyczną limfadenektomią i/lub wycięciem przerzutów in transit – termin od rozpoczęcia leczenia neoadjuwantowego do resekcji maksymalnie 8 tygodni; 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych lub resekcyjne przerzuty in transit; 3) brak przerzutów odległych. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie		lub MRI odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonuje się: 1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni; 2) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 3) dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem po resekcji w stadium IIB lub IIC: po 26 tygodniach, a następnie co 6 – 7 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 4) dla terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 5) dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem badania wykonuje się w terminie między drugą dawką a resekcją. Dodatkowo, w przypadku chorych, którzy otrzymali terapię przedoperacyjną niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem należy wykonać ocenę patomorfologiczną odpowiedzi na to leczenie w ciągu 4 tygodni od daty leczenia chirurgicznego. W przypadku chorych leczonych w programie przynajmniej 24 miesiące i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź

lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy; 2) w przypadku gdy terapia uzupełniająca niwolumabem lub dabrafenibem z trametynibem stosowana jest po terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem trwa maksymalnie odpowiednio 44 tygodnie i 46 tygodni. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		obiektywną lub stabilizację choroby, badania wykonuje się co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie; - stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD); - całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone** 1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; 2) dermatoskopia nowych zmian skórnych; 3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;

4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnym opiekunów.		8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi; 10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi; 11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; 12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy). Kontrolę pacjenta przeprowadza się: 1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące; 2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy; 3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.61.

LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu** 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego;	**1. Dawkowanie cysteaminy w postaci doustnej** Zalecana dawka dobowa cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m^2 powierzchni ciała / dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobowa leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m^2 powierzchni ciała/dobę. **2. Dawkowanie cysteaminy w postaci roztworu kropli do oczu** Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPAT, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żylnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz); 3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym; 4) wiek ≥2 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie; 3) nadwrażliwość na penicylaminę;	Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).	13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.; 14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Raz na 90 dni:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo; 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żylnej; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. **2.2. Raz na 180 dni:** 1) stężenie TSH, fT4; 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej. **2.3. Raz na 365 dni:** 1) USG jamy brzusznej; 2) konsultacja neurologiczna;

4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych; 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.		3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.62.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg) **3. Dawkowanie** Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego. **IVIg** (podanie dożylne) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żylnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.

3. Określenie czasu leczenia w programie

1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami miedzy infuzjami produktu leczniczego.

Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,
2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,
3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.

2. Monitorowanie leczenia

1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;
2) liczebność subpopulacji limfocytów w żylnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;
3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;
4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;
5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;
6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;
7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;
8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;
9) masa ciała na każdej wizycie;

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.64.

LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej −2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych; 2) wiek > 4 lat; 3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej −1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji); 5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości; 7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 nq/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu); 8) brak przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1C}); 5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 6) pomiar stężeń triglicerydów; 7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 8) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 9) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) badanie dna oka; 12) pomiar stężenia TSH; 13) pomiar stężenia fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu**: 1) objawy pseudo-tumor cerebri; 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej; 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci. O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań. **3. Kryteria wyłączenia** 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) pseudo-tumor cerebri; 3) cukrzyca; 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy; 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca; 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała; 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe; 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych; 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci		konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu: a) test z insuliną, b) test z klonidyną, c) test z glukagonem, d) test z levodopą; 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI); 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne; 23) USG jamy brzusznej; 24) USG serca; 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. **2.2 Co 180 dni** 1) pomiar glikemii na czczo;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3 Co 365 dni** 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: a) USG jamy brzusznej, b) USG klatki piersiowej, c) konsultacja ortopedyczna, d) konsultacja okulistyczna, e) konsultacja neurologiczna, f) konsultacja hemato-onkologa, g) konsultacja genetyczna, h) konsultacja psychologiczna, i) TK, j) MRI, k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1: a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni; 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.65.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)		
W ramach części I programu lekowego chorym na ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się poniższe terapie: 1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: a) *ponatynibem* (dorośli pacjenci z obecnością genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia), 2) w pierwszej całkowitej remisji: a) *blinatumomabem* (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), 3) od 2. lub kolejnej linii leczenia: a) *blinatumomabem* (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), b) *inotuzumabem ozogamcyny* (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia), 4) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): a) *blinatumomabem* (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.	**1. Dawkowanie leków** **1.1. ponatynib** Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę. U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę. **1.2. blinatumomab** **1.2.1. w pierwszej całkowitej remisji** Każdy cykl leczenia blinatumomabem trwa 28 dni (4 tygodnie), po którym następuje 14-dniowy (2-tygodniowy) okres bez leczenia. Cykle 1 - 4: blinatumomab podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od 2. lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamycyny od 2. lub kolejnej linii leczenia:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie cytologiczne szpiku; 3) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, e) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, f) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, g) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; h) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. 4) dodatkowo w przypadku terapii *blinatumomabem* u dorosłych i dzieci:

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej;
2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
5) zgoda pacjenta (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. ponatynib

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) udokumentowana obecność genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
4) a) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi,
   b) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,
   c) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
   d) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:
      – badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,

      lub

      – badania obrazowe OUN,
   e) dodatkowo w przypadku kwalifikacji dziecka - badanie próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4} w celu oceny mierzalnej choroby resztkowej;
5) dodatkowo w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamcyny*:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   d) oznaczenie APTT,
   e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),

W dniach 29-42 każdego cyklu leczenia *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

1.2.2. od 2. lub kolejnej linii leczenia

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia.

Zalecana dobowa dawka *blinatumomabu* jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.).

1) Pacjenci o masie ciała <45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 9 µg);
   – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub całkowitej remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania *dazatynibu*,

   lub

   b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania *dazatynibu*,

   lub

   c) nietolerancja leczenia *dazatynibem*, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia,

   lub

   d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu *BCR-ABL*, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia.

1.2.2. blinatumomab (w pierwszej całkowitej remisji) – dorośli

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) ostra białaczka limfoblastyczna z prekursorowych komórek B;
4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;
5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu;
6) pierwsza całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność <5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥1000/µl, płytki krwi ≥50 000/µl i stężenie hemoglobiny ≥9 g/dl oraz brak zmian pozaszpikowych);

2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 9 µg/dobę w ciągłej infuzji;

   – w dniach 8-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

W przypadku dzieci do ukończenia 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego w leczeniu dzieci od ukończonego 1. roku życia.

1.2.3. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową

Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia.

Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni

   f) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
   g) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi,
   h) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,
   i) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,

1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blinatumomabem w pierwszej całkowitej remisji:

1) morfologia z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) biopsja szpiku z mielogramem (badanie potwierdzające całkowitą remisję może być wykonane w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu lekowego);
3) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:
   a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,

   lub

   b) badania obrazowe OUN.

1.3. Badania przy kwalifikacji do terapii blinatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:

7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu.

1.2.3. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia

1) wiek do ukończenia 1. roku życia;
2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;
3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;
4) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;
5) wznowa lub brak molekularnej remisji choroby;
6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;
7) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

1.2.4. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia

1) wiek od ukończonego 1. roku życia do ukończenia 18. roku życia;
2) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;
3) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;
4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;
5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;

łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu.

1.3. inotuzumab ozogamycyny

Inotuzumab ozogamycyny podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę.

1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych

Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli.

Cykl 1: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych:

– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc.,
– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz
– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.

Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.

Cykle 2 i 3: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:

– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

1) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4};
2) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:
   a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,

   lub

   b) badania obrazowe OUN.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. ponatynibem

Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie co 4 tygodnie:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;
5) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi;
6) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi;
7) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi;
8) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;

Badania wskazane w pkt 5-8 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem.

2.2. blinatumomabem w pierwszej całkowitej remisji

Badanie wykonywane po każdym cyklu leczenia blinatumomabem:

6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby (MRD>10^{-4}) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia, lub c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, lub d) wznowa u dzieci, u których nie jest planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, lub e) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego; 7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;	– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. 2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych Leczenie trwa do maksymalnie 6 cykli, jednakże w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli CR lub CRi po 3 cyklach terapii, należy przerwać leczenie po 3 cyklach. Cykl 1: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.	1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). Leczenie prowadzone jest w warunkach szpitalnych lub domowych. **2.3. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia** Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych. **2.4. inotuzumabem ozogamycyny** Badania wykonywane w czasie pierwszego cyklu co najmniej 1 raz w tygodniu, przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu, a następnie co najmniej 1 raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. **2.5. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Badanie wykonane po cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). Leczenie prowadzone jest warunkach szpitalnych lub domowych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

8) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.5. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dorośli** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 6) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 7) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna definiowana jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub	Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności. Cykle 2 i 3: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. Cykle 4-6: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,	Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. **3.1. ponatynibem** Badania wykonywane co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, a następnie co 8-12 tygodni: 1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku; 2) badanie cytologiczne szpiku. **3.2. blinatumomabem w pierwszej całkowitej remisji** Badanie wykonywane po drugim i czwartym cyklu leczenia blinatumomabem: 1) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z mielogramem i oceną mierzalnej choroby resztkowej metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}. **3.3. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia** Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi;

– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony, lub c) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego; 8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN); 9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.6. inotuzumab ozogamycyny (2. lub kolejna linia leczenia)** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) ekspresja antygenu CD22> 1% na komórkach białaczkowych;	co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	2) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu oceny obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji); 3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji). **3.4. inotuzumabem ozogamycyny** Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia: 1) badanie cytologiczne szpiku; 2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia *inotuzumabem ozogamycyny* stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych. **3.5. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Badanie wykonane po cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}.

5) w przypadku pacjenta: a) z chromosomem Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji lub – wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji, b) bez chromosomu Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję lub – wznowa hematologiczna choroby. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:** **1.3.1. blinatumomab - dorośli** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu; 6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle		

reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG); 7) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność <5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥1000/µl, płytki krwi ≥50 000/µl i stężenie hemoglobiny ≥9 g/dl); 8) obecność mierzalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$, tj. MRD ≥0,1% w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}); 9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		

1) *ponatynibem* – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie *ponatynibem* należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby. 2) *blinatumomabem* (w pierwszej całkowitej remisji) – można zastosować maksymalnie 4 cykle leczenia w schemacie sekwencyjnym ze standardową chemioterapią, tj.: 2 cykle blinatumomabu, następnie 3 cykle chemioterapii konsolidującej, następnie 1 cykl blinatumomabu, następnie 1 cykl chemioterapii konsolidującej, następnie 1 cykl blinatumomabu. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Chemioterapię konsolidującą należy realizować według aktualnego protokołu PALG. 3) *blinatumomabem* od 2. lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał: a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków:		

– odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, – brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, – brak pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) *inotuzumabem ozogamycyny* – u chorego, u którego: a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia, b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia; 5) *blinatumomabem* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – można zastosować maksymalnie jeden cykl leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) brak remisji: a) w przypadku terapii *ponatynibem*: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania *ponatynibu* u chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie *dazatynibem* lub nawrót hematologiczny,		

b) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia *blinatumomabem*, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, c) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi); d) w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamycyny*: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) po 3 cyklach leczenia; 3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;		

6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym: a) w przypadku stosowania *blinatumomabu* od 2. lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni, b) w przypadku stosowania *blinatumomabu* u pacjenta w pierwszej całkowitej remisji albo w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni; 7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
II. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T		
W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem: 1) *tisagenlecleucelu* (pacjenci w wieku do 25 lat włącznie), albo 2) *breksukabtagenu autoleucel* (pacjenci w wieku 26 lat i powyżej), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leku** Schemat dawkowania *tisagenlecleucelu oraz breksukabtagenu autoleucel zgodnie* zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*. Przed podaniem *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

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

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

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnej terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;
2) nawrót choroby lub oporność na wcześniejsze leczenie;
3) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. tisagenlecleucelem

1) wiek do 25 lat (włącznie);
2) stan sprawności ≥50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat);
3) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
   a) drugi lub kolejny nawrót;

   lub

   b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *tisagenlecleucelu*,

   lub

aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych produktów.

Tisagenlecleucel oraz *brekuskabtagen autoleucel* muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi *tisagenlecleucelem* lub *breksukabtagenem autoleucel*.

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

Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*.

   b) oznaczenie klirensu kreatyniny;
5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby;
6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);
7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);
8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);
11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);
12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
   a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
   b) oznaczenie APTT,
   c) oznaczenie INR,
   d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
   e) oznaczenie stężenia D-dimerów;
13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;
14) elektrokardiografia (EKG);
15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.

1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu albo breksukabtagenu autoleucel:

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

c) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ostrej białaczki limfoblastycznej, lub d) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI, lub e) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT; 4) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m^2 albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci); 5) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku; 6) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl; 7) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu. **1.2.2. breksukabtagenem autoleucel** 1) wiek 26 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) obecność w szpiku kostnym >5% blastów białaczkowych CD19+;		2) białka ostrej fazy: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.); 4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.); 5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.); 6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem CAR-T (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie). **1.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu albo breksukabtagenu autoleucel** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), b) oznaczenie APTT, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie stężenia D-dimerów.

4) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu pierwszej linii, lub b) pierwszy nawrót choroby w przypadku remisji trwającej ≤12 miesięcy; lub c) drugi lub kolejny nawrót choroby; lub d) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *breksukabtagenu autoleucel*, lub e) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI; 5) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie *tisagenlecleucelu* albo jedno podanie *breksukabtagenu autoleucel*). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T** 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie stężenia fibrynogenu, d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), f) oznaczenie APTT, g) oznaczenie INR, h) oznaczenie stężenia D-dimerów, (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi obwodowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania CAR-T, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) zakażenie HIV; 5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych; 7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4; 8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: a) cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd – w przypadku leczenia *tisagenlecleucelem*, b) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia *breksukabtagenem autoleucel*; 9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 10) aktywna hemoliza; 11) aktywna koagulopatia; 12) aktywna choroba autoimmunologiczna; 13) pierwotny niedobór odporności; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19); 15) jedynie w przypadku terapii *breksukabtagenem autoleucel*: a) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL,		Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** **3.1.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* co 1 miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące: 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego. **3.2.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel* co 3 miesiące: 1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego (w przypadku podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*) lub nacieku pozaszpikowego (jeśli dotyczy w przypadku podania *tisagenlecleucelu*); 2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniego leku).

lub b) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita remisja (CR), b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+), c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-), d) nawrót choroby (Rel), e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS),

		f) całkowite przeżycie (OS); Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.

Załącznik B.66.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10: C84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE		
W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie: 1) chorym na ziarniniaka grzybiastego: a) *beksaroten w monoterapii*, b) *brentuksymab vedotin w monoterapii*, c) *mogamulizumab w monoterapii*, 2) chorym na zespół Sezary'ego: a) *beksaroten w monoterapii*, b) *mogamulizumab w monoterapii*, 3) chorym na pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL): a) *brentuksymab vedotin w monoterapii* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej;	**1. Dawkowanie** **1.1. *beksaroten w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego** Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m^2 pc./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m^2 p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^2 p.c./dobę **1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) określenie TNMB i mSWAT; 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin – badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem i mogamulizumabem dopuszcza się stan sprawności według ECOG 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u>

1.2.1. *beksarotenu w monoterapii*

1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;
2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);
3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
   a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,

   lub

   b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),

   lub

Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.

1.3. *mogamulizumab w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Zalecana dawka mogamulizumabu to 1 mg/kg m.c. podawana w infuzji dożylnej trwającej co najmniej 60 minut w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.

2. Modyfikacja dawkowania leków

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

10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem:
    a) oznaczenie stężenia TSH,
    b) oznaczenie stężenia fT4,
    c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram),
    d) EKG z opisem;
11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia mogamulizumabem:
    a) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA),
    b) badanie przesiewowe w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA),
    c) badanie przesiewowe w kierunku HIV,
    d) badania w celu oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS):
       – oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor),
       – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. *beksarotenem w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary'ego

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu. **1.2.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym; 4) w przypadku stadium choroby: a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub – nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, lub – nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem, b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego; 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		Badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) oznaczenie stężenia TSH; 7) oznaczenie stężenia fT4; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram). Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „*Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem”* powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **2.2. *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórnego chłoniaka**

1.2.3. *mogamulizumab w monoterapii*		**anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)**
1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;		Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);		1) morfologia krwi z rozmazem;
3) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego ziarniniaka grzybiastego;		2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
		4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>zespołu Sezary'ego</u>		5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi.
1.3.1. *beksarotenw monoterapii*		**2.3. *mogamulizumabem w monoterapii* – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary'ego**
1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego;		1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:		a) morfologia krwi z rozmazem,
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,		b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
lub		c) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),		d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
lub		2) badania wykonywane przed i po podaniu leku w pierwszym miesiącu leczenia – w celu monitorowania ze względu na ryzyko zespołu rozpadu guza (TLS).:
c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;		
3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.		

1.3.2. ***mogamulizumab w monoterapii*** 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego; 2) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego zespołu Sezary'ego; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u>** **1.4.1.** ***brentuksymab vedotin w monoterapii*** 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL); 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.5.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) kontrolne badania obrazowe – wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 2) wypełnienie skali mSWAT – raz na 2 miesiące. Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy" w pkt 4 „*Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem*" powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych (o ile zasadne jest ich wykonanie), który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe (o ile zasadne jest ich wykonanie) muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności: a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*, b) wymagającej przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii* oraz *mogamulizumabem w monoterapii;* 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*** Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.		

1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)		
W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie: 1) w 1. linii leczenia a) *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)*, 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia a) *brentuksymab vedotin w monoterapii*. zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	**1. Dawkowanie** **1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)*** Brentuksymab vedotin: Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Cyklofosfamid: zalecana dawka to 750 mg/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 7) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka; 8) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).

2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.3. Kryteria kwalifikacji do 2. i kolejnych linii leczenia** 1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili	Doksorubicyna: zalecana dawka to 50/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. Prednizon: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli. **1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Dorośli: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Dzieci: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać	**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane: 1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w 1. linii leczenia; 2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w 2. i kolejnych liniach leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.

rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)* – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w 1. linii leczenia, b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności według WHO powyżej 3; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią;	maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
		4. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie

		elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) części I programu nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

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, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) immunoglobuliną ludzką normalną,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej.
Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach:

1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)
1) potwierdzona:
a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,
b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.

1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</td>
<td>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:
1) pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.
2) kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.
W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie.

2. Dawkowanie immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg), posiadających zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji:
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;
5) proteinogram;
6) EMG;
7) rezonans magnetyczny;
8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;
9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;
10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);
11) wzrokowe potencjały wywołane;
12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;
13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</td>
</tr>
</table>

1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej. **1.3. Miastenia (MG)** przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg); 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa** udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe**	1) **SCIg** Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień. 2) **fSCIg** Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20). Leczenie rozpoczyna się 2 tygodnie po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi od 0,3 do 2,4 g/kg masy ciała na miesiąc, podawana w 1 lub 2 sesjach w ciągu 1 lub 2 dni. Dawkowanie fSCIg	14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych; 15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram;

w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.

1.6. Zespół Guillain-Barre

w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:

1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;
2) narastający niedowład mięśni twarzy;
3) dyzartia;
4) dysfagia;
5) zaburzenia oddechowe.

1.7. Choroba Devica (NMO)

1) potwierdzona wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,
   b) badania potencjałów wzrokowych,
   c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),
   d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym

1) potwierdzone wykonaniem:
   a) rezonansu magnetycznego mózgu,
   b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,
   c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;
2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania.

zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg)

Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy.

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu:

a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,
b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,
c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,
d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi

6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.

Należy także ocenić:

7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej.

2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną (SCIg, fSCIg) każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi;
3) oznaczenie aktywności ALT,
4) oznaczenie aktywności AST;

oraz do decyzji lekarza:

5) proteinogram;
6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.

Należy także ocenić:

7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej.

3. Monitorowanie programu

1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS) 1) potwierdzony: a) badaniem EMG, b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD); 2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego cyku leczenia; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;	jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta, e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym danych dotyczących skuteczności leczenia opisanych w pkt 3. kryteriów wyłączenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL); 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.		

Załącznik B.70.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI SIATKÓWKI (ICD-10: H34, H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PLAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem substancjami: *1) aflibercept 2 mg;* *2) aflibercept 8 mg;* *3) brolucizumab;* *4) farycymab;* 5) *ranibizumab*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji	**1. Dawkowanie** **1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe to:** 1) *aflibercept* – 2 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) aflibercept 8 mg; co odpowiada 70 µl roztworu (0,07ml); 3) *brolucizumab* – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) *farycymab* – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) *ranibizumab* – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); **1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca** Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – *aflibercept 2 mg, aflibercept 8 mg, brolucizumab, farycymab;* 2) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.

podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;

2) wiek 45 lat i powyżej;

3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);

4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);

5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji 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);

9) brak przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną;

10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 10 kryteriów wyłączenia oraz pacjenci którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – *ranibizumab*.

1.3. Faza podtrzymująca

Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend". Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:

1) *aflibercept 2 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;

2) *aflibercept 8 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby;

3) *brolucizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu;

4) *farycymab* – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;

2. Monitorowanie leczenia

5) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;

6) OCT (optyczna koherentna tomografia);

7) opcjonalnie:

a) fotografia dna oka,

b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Badania przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

a) uzyskanie poprawy,

b) stabilizację choroby,

c) progresję choroby.

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPL) i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2.1. Monitorowanie leczenia pod kątem wystąpienia trwałych zmian morfologicznych plamki

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub EDTRS;

afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 - małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku definiowana jako:

a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące

lub

5) *ranibizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.

1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

1.5. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);

2) rozerwanie siatkówki;

3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany;

4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie

W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lub celem zwiększenia odstępu pomiędzy iniekcjami podczas leczenia ranibizumabem, afliberceptem 2mg,

2) seria skanów OCT (optyczna koherentna tomografia), obejmujących centralne podpole plamki z dołkiem;

3) fotografia dna oka.

Ocena morfologii plamki przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPL). Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu.

Ocena morfologii plamki odbywa się:

1) u pacjentów włączonych do programu lekowego od 1.01.2024 r.

a) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu zaplanowanym przez lekarza prowadzącego, które według jego oceny kończy leczenie

lub

b) w fazie podtrzymującej, co 24 miesiące (maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu) dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu;

2) u pacjentów włączonych do programu lekowego przed 1.01.2026 r.:

a) leczonych w programie 5 lat i więcej – do 3 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL;

b) leczonych w programie od 3 do 5 lat – do 6 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL;

c) leczonych w programie od 2 do 3 lat – do 12 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL.

b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia; 7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 9) okres ciąży lub karmienia piersią; 10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji *aflibercептu 2 mg lub aflibercептu 8 mg* lub *brolucizumabu* lub *farycymabu* lub *ranibizumabu* w okresie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:	brolucizumabem lekarz prowadzący w fazie podtrzymującej leczenie może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną lub inną dawką finansowaną w ramach programu. W przypadku leczenia farycymabem lub aflibercептem 8mg zmiana leczenia może nastąpić nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tej samej substancji czynnej: a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, b) łącznie od początku terapii – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką aflibercептu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę 2 mg. Decyzja o zastosowaniu fazy nasycenia po zmianie leku leży po stronie lekarza prowadzącego na podstawie obserwacji aktywności choroby. Za brak skuteczności terapii należy uznać: a) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu lub b) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian	Na podstawie oceny morfologii plamki, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o: 1) kontynuacji leczenia w ramach programu lekowego lub 2) wyłączeniu pacjenta z programu. Kryteria oceny pod kątem wystąpienia trwałych zmian morfologicznych plamki obejmują: 1) obecność dominującego zaniku geograficznego; 2) obecność dominującego wylewu krwi; 3) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenia jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku lub tarczowata blizna). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).	w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.	częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)		
Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku plamki substancjami:	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to:** 1) *aflibercept* – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) *aflibercept* – 8 mg, co odpowiada 70 µl roztworu (0,07 ml); 3) *bewacyzumab* – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) *brolucizumab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) *deksametazon* – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu; 6) *farycymab* – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 7) *ranibizumab* – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml). **1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbAIc i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego

1) *aflibercept 2 mg*;
2) *aflibercept 8 mg;*
3) *bewacyzumab*;
4) *brolucizumab*;
5) *deksametazon* w postaci implantu doszklistkowego;
6) *farycymab*;
7) *ranibizumab*.

1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozlana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
4) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;
5) stężenie HbAIc:
   a) w przypadku leczenia *bewacyzumabem*: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbAIc > 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbAIc ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku;
   b) na inny lek niż *bewacyzuma*b, gdy stężenie HbAIc ≤ 9%;
6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;

Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu, podawanych w odstępach 28 – 35 dni.

U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem *deksametazonu* w postaci implantu.

Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:

1) 3 kolejne miesiące – *aflibercept 8 mg;*
2) 5 kolejnych miesięcy – *bewacyzumab, aflibercept 2 mg*;
3) 3 lub 4 kolejnych miesięcy – *farycymab;*
4) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – *ranibizumab*.

Jedna iniekcja co 6 tygodni przez:

1) 5 kolejnych dawek - *brolucizumab*.

1.3. Faza podtrzymująca

Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend". Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:

badania HbAIc (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta.

W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

2. Monitorowanie leczenia

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu;
4) opcjonalnie:
   a) fotografia dna oka,
   b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie

7) brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;
8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;
9) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego;
10) brak neowaskularyzacji tęczówki;
11) brak jaskry neowaskularnej;
12) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;
13) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;
14) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak:
    a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),
    b) DRIL w obszarze poddołkowym,
    c) makulopatia niedokrwienna;
15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną;
16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 3 (Kryteria przerwania terapii), gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 6 miesięcy w

1) *aflibercept 2 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;
2) *aflibercept 8 mg* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby;
3) *bewacyzumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia;
4) *brolucizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni;
5) *deksametazon* w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni);
6) *farycymab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie i maksymalnie co 16 tygodni,
7) *ranibizumab* – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.

do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu.

Ocena skuteczności leczenia odbywa się:

1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu bewacyzumabu z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych;
2) co 12 miesięcy, maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu dla aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu;
3) po każdych 3 dawkach deksametazonu, maksymalnie po 2 miesiącach od podania ostatniej dawki leku.

Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o:

1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku: aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu, deksametazonu

albo

2) kontynuacji leczenia ze zmianą aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu,

przypadku *aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu*, *brolucizumabu*, *farycymabu, ranibizumabu* oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi *aflibercептu 2 mg, aflibercептu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu* lub *deksametazonu* w postaci implantu:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia

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

3. Kryteria przerwania terapii

1) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
2) zapalenie wnętrza gałki ocznej;
3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią *brolucizumabem*;

1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

1.5. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);
2) rozerwanie siatkówki;
3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);
4) brak aktywności choroby.

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie

1) zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego.
2) zmiana leku z bewacyzumabu na inny możliwa jest, gdy HbAIc wynosi ≤ 9%.
3) schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.
4) u pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku farycymabu, ranibizumabu na implant doszklistkowy deksametazonu.

albo

3) wyłączeniu pacjenta z programu.

Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:

1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego lub poprawę do 0,8 lub więcej na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o ≥20% w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 µm.

Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.

Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.

Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

a) uzyskanie poprawy;
b) stabilizację choroby;
c) progresję choroby.

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

4) okres ciąży i karmienia piersią; 5) przedarciowe odwarstwienie siatkówki; 6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie; 7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy): a) dominująca błona przedsiatkówkowa, b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki, c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej, d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji, e) neowaskularyzacja tęczówki, f) jaskra neowaskularna, g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie. W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu). Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 6 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu**	kontynuacji leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem deksametazonu w postaci implantu. W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką aflibercept 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę aflibercept 2 mg.	1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt.2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) progresja choroby definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu <0,2 określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu lub c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub		

d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej; 6) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		
C. LECZENIE PACJENTÓW Z ZAKRZEPEM ŻYŁ SIATKÓWKI (RVO)		
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. W programie finansuje się leczenie obrzęku plamki wtórnego do zakrzepu żył siatkówki (RVO) bewacyzumabem oraz deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego.	**1. Dawkowanie leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania oraz ewentualnego podania kolejnych dawek leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku. **1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to:** 1) bewacyzumab – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) deksametazon – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu. **1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa i angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać

1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) obrzęk plamki wtórny do RVO zdiagnozowany w ciągu 9 miesięcy od rozpoznania RVO;
3) średnia grubość środkowego podpola siatkówki >250 µm w badaniu OCT;
4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,05 – 0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;
6) brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;
7) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii proliferacyjnej;
8) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego;
9) brak neowaskularyzacji tęczówki;
10) brak jaskry neowaskularnej;
11) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;
12) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;
13) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty-VEGF lub steroidoterapii, takich jak:
    a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),

Leczenie rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc bewacyzumabu (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące.

U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia bewacyzumabem, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem *deksametazonu* w postaci implantu.

1.3. Faza podtrzymująca

Na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać comiesięczny lub może zostać wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend" („lecz i wydłużaj"), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4 tygodnie na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych. W przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych należy odpowiednio skrócić odstęp między kolejnymi dawkami.

W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 4 po pierwszych 5 iniekcjach bewacyzumabu odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku.

1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem

do Zespołu Koordynacyjnego;

5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

W przypadkach badań obrazowych zalecane jest w miarę możliwości stosowanie urządzeń szerokokątnych.

2. Monitorowanie leczenia

1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
3) opcjonalnie - fotografia dna oka;
4) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Badania wymienione powyżej przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.

Fotokoagulację siatkówki należy prowadzić zgodnie ze wskazaniami, równolegle do farmakoterapii w programie.

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia

b) DRIL w obszarze poddołkowym,

c) makulopatia niedokrwienna;

14) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL

15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego i wiedzę medyczną.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie BRVO i CRVO iniekcjami doszklistkowymi przeciwciałami monoklonalnymi anty-VEGF, rekombinowanym białkiem fuzyjnym lub implantami doszklistkowymi z deksametazonem:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) w ramach Ratunkowego Dostępu do Terapii Lekowej

lub

W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

1.5. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);

2) rozerwanie siatkówki;

3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);

4) brak aktywności choroby.

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

1.6. Zmiana leku

Zmiana leku na implant z deksametazonem w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego:

1) po 5 iniekcjach bewacyzumabu w przypadku wyeliminowania stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej i braku skuteczności opisanej w kryteriach oceny odpowiedzi na terapię w pkt. 2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia;

2) po 11 iniekcjach bewacyzumabu w przypadku

Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.

Ocena skuteczności leczenia odbywa się:

1) po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 dawek bewacyzumabu;

2) po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 11 dawek bewacyzumabu;

3) po 3 dawkach deksametazonu, nie później niż 2 miesiące od podania ostatniej dawki deksametazonu.

Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych o:

1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku w przypadku bewacyzumabu;

2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku na implant z deksametazonem;

3) wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na brak skuteczności po 11 iniekcjach bewacyzumabu lub 3 dawkach deksametazonu w postaci implantu;

4) wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na stabilne wyleczenie.

Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:

1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub

c) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w pkt. *Kryteria wyłączenia* lub *Monitorowanie skuteczności leczenia*.

4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
4) okres ciąży lub karmienia piersią;
5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości ≤ 0,05 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio wyeliminowania stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej i braku skuteczności opisanej w kryteriach oceny odpowiedzi na terapię w pkt. 2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia.

Schemat dawkowania deksametazonu w postaci implantu po zmianie leczenia ustala lekarz prowadzący. Podanie deksametazonu w postaci implantu doszklistkowego może być powtórzone najwcześniej po 4 miesiącach po poprzednim podaniu leku.

odpowiednio ekwiwalent ETDRS), lub do wartości ≥ 0,8;

2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o ≥20% w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 µm.
3) wyeliminowanie stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej z początku leczenia i punktu kontrolnego poprzedzającego zgłoszenie do oceny skuteczności terapii.

Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.

Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji leku, poprzedzających ocenę.

Zespół Koordynacyjny oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym:

1) po 5 zastrzykach bewacyzumabu;
2) po 11 zastrzykach bewacyzumabu;
3) po 3 dawkach deksametazonu.

Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny zgłasza lekarz prowadzący. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.

3. Monitorowanie programu

ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej; 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji bewacyzumabu w okresie 4 miesięcy i 8 miesięcy dla implantu z deksametazonem od podania ostatniej dawki leku; 9) brak aktywności choroby lub jeśli z oceny parametrów wzrokowych i anatomicznych wynika, że pacjent nie odnosi korzyści z kontynuowania leczenia bewacyzumabem lub deksametazonem; 10) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.71.

LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10: B18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: a) wiek 3 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem albo glekaprewirem + pibrentaswirem, b) wiek 12 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem + woksylaprewirem; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 4) udokumentowany stopień zaawansowania choroby wątroby określony z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4 lub biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające; 5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem:	**1. Sofosbuwir+welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. **2. Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstąpienie z oznaczania genotypu w

a) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo b) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A albo c) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5. **2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV; 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z welpataswirem; 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);		przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej. **2. Monitorowanie leczenia** 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT; 3) w 4 tygodniu: a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG jamy brzusznej. Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstąpienie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność <12,5 kPa lub APRI<1 lub FIB-4<1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,

5) ciąża lub karmienie piersią; 6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy) albo b) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: – w opinii lekarza prowadzącego terapię lub – zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.73.

LECZENIE PACJENTÓW Z NEUROGENNĄ NADREAKTYWNOŚCIĄ WYPIERACZA (ICD-10: N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego pacjentom z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (NNW) udostępnia się leczenie: 1) *toksyną botulinową typu A* (dorośli pacjenci), 2) *chlorowodorkiem oksybutyniny* (pediatryczni pacjenci w wieku od 6 lat), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (z punktu 1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnej terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:** 1) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym (wykonanym zgodnie z pkt 5) badań przy kwalifikacji); 2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie *toksyny botulinowej typu A*** Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek *toksyny botulinowej typu A* jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku. W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek *toksyny botulinowej typu A* jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne; 2) badanie ogólne moczu; 3) badanie bakteriologiczne moczu; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) badanie urodynamiczne (w przypadku terapii *toksyną botulinową typu A* – głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – wykonywane nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych – w takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 6) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii *toksyną botulinową typu A:* a) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów), b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);

terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;

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

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. toksyną botulinową typu A

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;
3) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;
4) wystąpienie:
   a) niedostatecznej skuteczności dotychczasowego leczenia NNW, obserwowane przez minimum miesiąc, definiowane jako:
      – pogorszenie się czynności nerek,
      lub
      – przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,
      lub
      – pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,
      lub
      – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,
      lub
      – pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,

   lub

1.2. Dawkowanie *chlorowodorku oksybutyniny*

Ze względu na znaczne różnice międzyosobnicze dawka wymagana do złagodzenia objawów NNW powinna być dobierana indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta.

Zalecane dobowe dawkowanie:

1) <u>Dzieci w wieku od 6 lat do ukończenia 12 lat:</u>
   a) dobowa dawka początkowa: Dawka początkowa wynosi 0,1 mg/kg m.c. i podawana jest dopęcherzowo rano.
      Dawkę można dostosować po tygodniu leczenia. Należy wybrać najmniejszą skuteczną dawkę.
   b) całkowita dawka dobowa: 2-30 mg
   Nie należy podawać więcej niż 10 mg jako pojedynczej dawki. Maksymalna możliwa dawka dobowa wynosi 30 mg.
2) <u>Młodzież w wieku od 12 lat do ukończenia 18 lat:</u>
   a) dobowa dawka początkowa: 10 mg
   b) całkowita dawka dobowa: 10-40 mg.
   Maksymalna możliwa dawka dobowa wynosi 40 mg.

Jeśli konieczne są dawki większe niż dawka początkowa, dawkę należy zwiększać stopniowo (z zastrzeżeniem maksymalnej możliwej dawki dobowej) do czasu, aż NNW będzie wystarczająco kontrolowana, by umożliwić dokładne monitorowanie zarówno

7) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii *chlorowodorkiem oksybutyniny* – badanie USG układu moczowego wykonane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. terapia *toksyną botulinową typu A:*

1) badania wykonywane po pierwszych 2 tygodniach leczenia, a następnie co każde 3 miesiące (w ramach wizyt kontrolnych):
   a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu,
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
   d) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,
   e) badanie w celu oceny objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych.

Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

2.2. terapia *chlorowodorkiem oksybutyniny:*

1) badanie wykonane po 4-6 tygodniach leczenia – badanie ogólne moczu (w ramach pierwszej wizyty kontrolnej);
2) badania wykonywane po 1-2 miesiącach od pierwszej wizyty kontrolnej, następnie po kolejnych 1-2 miesiącach, następnie po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia (w zależności od wieku dziecka) (w ramach wizyt kontrolnych):
   a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu,
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

b) nietolerancji leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) rozumianej jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – zaburzenia rytmu serca, – zaburzenia pamięci, – zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania powodujące zaburzenia odżywiania, – zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 5) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 6) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 7) wykluczenie stosowania aminoglikozydów, pochodnych kurary lub innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. **1.2.2. chlorowodorkiem oksybutyniny** 1) wiek od 6 lat do ukończenia 18 lat; 2) NNW wynikająca z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa; 3) wystąpienie: a) braku skutecznej kontroli NNW za pomocą doustnych leków antycholinergicznych, obserwowane przez	skuteczności, jak i bezpieczeństwa stosowania. Wymagane dzienne dawki podtrzymujące można podzielić na kilka podań, zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	3) badanie wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia – badanie USG układu moczowego. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:** **3.1. terapia *toksyną botulinową typu A:*** 1) ocena wykonywana po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania *toksyny botulinowej typu A* – ocena w zakresie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień (zgodnie z punktem 3.1.a) w kryteriach wyłączenia z programu). **3.2. terapia *chlorowodorkiem oksybutyniny:*** 1) badanie urodynamiczne wykonane po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy – ocena w zakresie niewystarczającej klinicznie kontroli neurogennej nadreaktywności wypieracza (zgodnie z punktem 3.1.b) w kryteriach wyłączenia z programu). Wskaźniki skuteczności terapii: 1) w przypadku terapii *toksyną botulinową typu A* redukcja dziennej liczby epizodów nietrzymania moczu w porównaniu z wynikiem przed leczeniem, oceniana na podstawie prowadzonego dzienniczka mikcji, przy prawidłowej podaży płynów; 2) w przypadku terapii *chlorowodorkiem oksybutyniny:* a) redukcja maksymalnego ciśnienia wypieracza na koniec fazy wypełnienia (cm H_2O),

minimum miesiąc, definiowane jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – kliniczne objawy nadreaktywności wypieracza lub skurcze wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H_2O, lub – pogorszenie się czynności nerek, definiowane jako klinicznie istotny wzrost stężenia kreatyniny, lub – pojawienie się klinicznie istotnego zastoju w górnych drogach moczowych, lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub b) nietolerancji doustnego leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa doustne leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) powodującej znaczne zaburzenia funkcji narządów lub układów zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych należących do doustnych leków antycholinergicznych; 4) kontrolowanie opróżniania pęcherza za pomocą czystego okresowego cewnikowania (CIC) prowadzonego przez pacjenta lub opiekuna; 5) negatywny wywiad w kierunku: a) ciężkich zaburzeń żołądka i jelit (np. ciężkiej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i toksycznego rozdęcia okrężnicy), b) *miastenia gravis*, c) jaskry z wąskim kątem przesączania lub jej ryzyka,		b) zwiększenie maksymalnej pojemności pęcherza moczowego. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

d) niedrożności dróg moczowych z możliwością wystąpienia zatrzymania moczu, e) częstego oddawania moczu w nocy spowodowanego chorobą serca lub nerek; 6) wykluczenie stosowania tlenoterapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku leczenia *toksyną botulinową typu A i:* 1) niepowodzenia terapii (pierwszego podania) *toksyny botulinowej typu A*, podanie tego leku można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach *toksyny botulinowej typu A*, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 2) powodzenia terapii, podania *toksyny botulinowej typu A* można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako:		

a) w przypadku terapii *toksyną botulinową typu A* – 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 każdego podania *toksyny botulinowej typu A*), b) w przypadku terapii *chlorowodorkiem oksybutyniny* – niewystarczająca klinicznie kontrola neurogennej nadreaktywności wypieracza (po uzyskaniu maksymalnej dawki leku), z objawami klinicznymi lub skurczami wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H_2O oceniane w badaniu urodynamicznym i/lub maksymalne ciśnienie wypieracza ≥ 40 cm H_2O przy objętości pęcherza należnej do wieku obliczanej według wzoru (wiek+1)x 30 ml – ocena po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy; 2) ukończenie 18 lat – w przypadku terapii *chlorowodorkiem oksybutyniny*; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonywania czystego przerywanego cewnikowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) okres ciąży lub karmienia piersią;		

8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność (w tym nieprowadzenie dzienniczka mikcji, w przypadku gdy jest wymagane) i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.74.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: – badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włącznie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm^{-5} (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu** Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. **2. Monitorowanie leczenia** W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiejkolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,

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

Załącznik B.75.

LECZENIE PACJENTÓW Z UKŁADOWYMI ZAPALENIAMI NACZYŃ (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><th colspan="3">I. LECZENIE PACJENTÓW Z ZIARNINIAKOWATOŚCIĄ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.7, M31.8)</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.
W ramach części I programu lekowego finansuje się leczenie:
1) rytuksymabem
2) awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo cyklofosfamidem)
pacjentów z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowym zapaleniem naczyń (MPA).

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. lub 1.2.2.) dla poszczególnych terapii. W przypadku kwalifikacji pacjenta do leczenia awakopanem, w sytuacji gdy jest leczony rytuksymabem, kryterium ogólne pkt 3 w stosunku do</td>
<td>1. Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu
Dawkowanie leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.
Dawkowanie w postaciach GPA i MPA o mniejszym nasileniu niż ciężka postać analogiczne jak w postaci ciężkiej.
2. Dawkowanie i sposób podawania awakopanu
Awakopan należy podawać w skojarzeniu z rytuksymabem lub cyklofosfamidem zgodnie ze schematem leczenia opisanym w aktualnym ChPL.
Maksymalna dobowa dawka awakopanu to 60 mg.
Czasowe wstrzymanie leczenia oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do programu
1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;
2) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) oznaczenie płytek krwi (PLT);
5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
9) oznaczenie stężenia bilirubiny;
10) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</td>
</tr>
</table>

awakopanu musi być spełnione w momencie kwalifikacji do terapii indukującej rytuksymabem. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 3) wysoka aktywność choroby definiowana jako: a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, lub b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii**		11) oznaczenie wskaźnika eGFR; 12) badanie ogólne moczu; 13) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 14) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 15) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 16) oznaczenie antygenu HBs; 17) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 18) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 19) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 20) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 21) elektrokardiografia (EKG); 22) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 23) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. W przypadku włączania pacjenta do leczenia awakopanem w sytuacji gdy jest leczony rytuksymabem w ramach programu wymagane badania pkt: 1, 3, 7, 8, 9. **2. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem w programie** Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-13.** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;

1.2.1. rytuksymabem 1) w zależności od postaci choroby spełnienie wymagania dotyczącego wcześniej zastosowanej terapii: a) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji ciężkiej postaci choroby** jako lek równoważny z syntetycznymi lekami immunosupresyjnymi/ immunomodulacyjnymi (I lub kolejna linia leczenia), b) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji postaci choroby o mniejszym nasileniu niż ciężka postać** po niepowodzeniu terapii co najmniej jednym lekiem immunosupresyjnym/ immunomodulującym (II lub kolejna linia leczenia), **1.2.2. awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo cyklofosfamidem)** 1) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia 2) spełnienie przynajmniej 1 z poniższych kryteriów: a) niemożność zredukowania dawki glikokortykosteroidów do 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu w ciągu co najmniej 5 miesięcy leczenia rytuksymabem albo cyklofosfamidem, b) bezwzględne przeciwskazanie do stosowania glikokortykosteroidów w dużych dawkach potwierdzone w dokumentacji medycznej (np. rozchwiana cukrzyca, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, nawracające zakażenia, ciężka choroba sercowo-naczyniowa), c) uszkodzenie nerek w przebiegu zapalenia naczyń GPA lub MPA z eGFR ≤30 ml/min. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni rytuksymabem albo awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo**		2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR; 9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 15) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 16) oznaczenie antygenu HBs; 17) elektrokardiografia (EKG); 18) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed podaniem leku). **3. Monitorowanie leczenia rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z cyklofosfamidem** 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem;

cyklofosfamidem) w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie rytuksymabem i lekarz prowadzący podjął **decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji**, może mieć wznowione leczenie rytuksymabem bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. Do leczenia rytuksymabem można zakwalifikować również pacjentów **z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń**, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Leczenie awakopanem w ramach programu prowadzi się przez maksymalnie 52 tygodnie. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia rytuksymabem pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie wskaźnika eGFR; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 9) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 11) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 12) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i/lub p-ANCA); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 14) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 15) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA) (do decyzji lekarza); 16) elektrokardiografia (EKG); 17) badanie RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). **Leczenie rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z rytuksymabem:** Badania wykonuje się po 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **terapii indukcyjnej rytuksymabem** (wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego).

1) w leczeniu indukcyjnym – uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego; 2) w leczeniu podtrzymującym – utrzymanie niskiej aktywności choroby, zgodnie z definicją w pkt. 1) powyżej, stwierdzanej podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem. Pacjent, u którego w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem dochodzi do utraty niskiej aktywności choroby, zgodnie z decyzja lekarza prowadzącego, może otrzymać kolejny cykl leczenia indukcyjnego rytuksymabem – po odnotowaniu w SMPT. W celu potwierdzenia skuteczności leczenia awacopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem lub cyklofosfamidem): 1) uzyskanie i utrzymanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, z całkowitym odstawieniem stosowanych glikokortykosteroidów lub stosowanie prednizolonu w dawce nie przekraczającej 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu dziennie stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii awakopanem i potwierdzone po 12 miesiącach terapii. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku/leków w ramach programu;		Po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **terapii indukcyjnej rytuksymabem**, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Następnie badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **leczenia podtrzymującego rytuksymabem** (obligatoryjne badanie pkt 8, pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). W przypadku włączenia pacjenta do leczenia awakopanem w sytuacji gdy jest aktywnie leczony rytuksymabem: Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopanem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Po 12 miesiącach terapii awakopanem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). **Leczenie awakopanem w skojarzeniu z cyklofosfamidem:** Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopanem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Po 12 miesiącach terapii awakopanem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		**4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia* oraz danych nt. spełnienia poszczególnych ppkt w pkt *1.2.2. 2) Szczegółowe kryteria kwalifikacji*; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
II. LECZENIE PACJENTÓW Z OLBRZYMIOKOMÓRKOWYM ZAPALENIEM TĘTNIC (GCA) (ICD-10: M31.5, M31.6)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.	Dawkowanie tocilizumabu w postaci dożylnej w leczeniu GCA: Tocilizumab w postaci dożylnej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce 8 mg/kg masy ciała. Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie płytek krwi (PLT);

W ramach części II programu lekowego finansuje się leczenie: 1) *tocilizumabem* pacjentów z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic (GCA). **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie GCA ustalone na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 2) brak remisji lub utrata remisji uzyskanej po zastosowaniu standardowej terapii, w tym z użyciem glikokortykosteroidów lub występowanie istotnych działań niepożądanych bądź przeciwwskazań do stosowania standardowej terapii w zalecanych dawkach; 3) aktywna postać choroby definiowana jako występowanie co najmniej jednego z poniższych: a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: OB ≥ 30mm/h i/lub CRP ≥ 1 mg/dl (10 mg/l), lub b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG). 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		3) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie wskaźnika eGFR; 10) badanie ogólne moczu; 11) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 12) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 13) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 14) oznaczenie antygenu HBs; 15) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 16) elektrokardiografia (EKG); 17) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 18) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. **2. Badania przy wznowieniu leczenia w programie** Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-10.**

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni tocilizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii,** za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie tocilizumabem i lekarz prowadzący podjął **decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji**, może mieć wznowione leczenie bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Cykl leczenia tocilizumabem trwa do 12 miesięcy (13 podań leku) z możliwością przedłużenia leczenia po odnotowaniu tego faktu przez lekarza prowadzącego w SMPT. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: ustąpienie lub istotne zmniejszenie objawów klinicznych GCA i obniżenie wyjściowo podwyższonych parametrów zapalnych (OB, CRP) stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii.		1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR; 9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 12) oznaczenie antygenu HBs; 13) elektrokardiografia (EKG); 14) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed podaniem leku). **3. Monitorowanie terapii tocilizumabem** 1) morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem płytek krwi (PLT) oraz bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

4. Kryteria wyłączenia z programu 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu; 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; Badania wykonuje się po 3 i 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc), a następnie co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia podawania leku wraz z oceną skuteczności zastosowanej terapii w oparciu o ocenę aktywności choroby na podstawie występowania klinicznych objawów GCA i wartości parametrów zapalnych OB i CRP. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia zawartych w punkcie *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
III. LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ EOZYNOFILOWEJ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (EGPA) (ICD-10: M30.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **W ramach części III programu lekowego** finansuje się leczenie: 1) *mepolizumabem* 2) *benralizumabem* pacjentów z eozynofilową ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń (EGPA). **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: 1.1) 6 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii mepolizumabem, 1.2) 18 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii benralizumabem; 2) udokumentowane rozpoznanie eozynofilowej ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (EGPA) zgodnie z aktualnymi wytycznymi	**1. Dawkowanie** 1.1) *mepolizumab* Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu u dorosłych to 300 mg podawane podskórnie raz na 4 tygodnie. Dostosowanie dawki u dzieci i młodzieży - zgodnie z aktualną ChPL. 1.2) *benralizumab* Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenie odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych**	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu oraz innych leków (cytotoksycznych/ immunosupresyjnych/ biologicznych); 2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofilów; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazanie); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 8) badanie kału na pasożyty; 9) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM, IgA, IgE; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) ECHO serca (do decyzji lekarza); 12) spirometria (do decyzji lekarza);

opartymi na dowodach naukowych, w tym kryteriami klasyfikacyjnymi wg ACR/EULAR; 3) aktywna postać EGPA (BVAS ≥ 2) pomimo leczenia zgodnego z zaleceniami ACR/EULAR; 3.1) *postać nawracająco-ustępująca* definiowana jako co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby (BVAS ≥ 2) w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania skojarzonego leczenia podtrzymującego, w tym glikokortykosteroidów w dawce ≥7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatiopryny lub metotreksatu lub mykofenolanu mofetilu, lub 3.2) *postać oporna na leczenie* w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu definiowana jako: 3.2.1) brak uzyskania co najmniej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2) pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii, w tym glikokortykosteroidów w rekomendowanych dawkach w postaci doustnej lub dożylnej oraz co najmniej jednego leku cytotoksycznego lub immunosupresyjnego lub biologicznego, jak cyklofosfamid lub azatiopryna lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu lub rytuksymab, lub 3.2.2) nawrót aktywnej choroby (BVAS ≥ 2) u pacjentów stosujących skojarzone leczenie podtrzymujące, w tym glikokortykosteroidy w dawce ≥7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatioprynę lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu, w przypadku zmniejszenia dawki glikokortykosteroidów do <7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizonu.	Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta.	13) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesięcy przed kwalifikacją) (do decyzji lekarza); 14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 15) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 16) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie leczenia** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofilów; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie białka C-reaktywne (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 8) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA - jeśli dotyczy); 9) ECHO serca (do decyzji lekarza); 10) spirometria (do decyzji lekarza);

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii**, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. U pacjentów z zajęciem istotnych dla życia i zdrowia narządów, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w programie po nieskuteczności leczenia GKS w monoterapii. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia**		11) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). Badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc). Ocenę skuteczności na podstawie skali BVAS wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia* tj. *wynik w skali BVAS* oraz *przyjmowana dawka prednizonu lub jego ekwiwalentu*; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: 1) uzyskanie niskiej aktywności choroby zdefiniowanej jako wynik w skali BVAS < 2 – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia; lub 2) spadek wartości BVAS o co najmniej 50% przy jednoczesnej redukcji dawki GKS o co najmniej 50% – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia; oraz 3) utrzymywanie się adekwatnej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (+/- 1 miesiąc) w trakcie aktywnego leczenia w programie (obligatoryjnie, niezależnie które kryterium spełniono po 6 miesiącach terapii). **4. Kryteria wyłączenia** 1) uzyskanie trwałej remisji choroby (BVAS = 0) lub trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), które w opinii lekarza prowadzącego umożliwiają wstrzymania podawania leku w ramach programu; 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt *3. Kryteria oceny skuteczności leczenia*; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;		

7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, m.in. dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. **5. Kryteria ponownego włączenia** 1) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej remisji choroby (BVAS = 0), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 1, pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji; 2) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 2, pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji.		

Załącznik B.76.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) AlAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej" kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny; 3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 4) morfologia krwi, z płytkami krwi; 5) AlAT, AspAT; 6) bilirubina całkowita i frakcje; 7) fosfataza alkaliczna; 8) GGTP; 9) INR; 10) czas protrombinowy; 11) APPT; 12) białko całkowite, albuminy we krwi; 13) gazometria; 14) sód, potas, chlorki we krwi; 15) wapń, fosfor we krwi i moczu; 16) mocznik, kreatynina we krwi; 17) kwas moczowy we krwi i moczu; 18) kreatynina w moczu; 19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej; 21) konsultacja dietetyczna.

		W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w 1. linii leczenia: *a) brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (BrAVD),* albo *b) brentuksymab vedotin w skojarzeniu z etopozydem, cyklofosfamidem, doksorubicyną, dakarbazyną i deksametazonem (BrECADD);* 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina: *a) brentuksymab vedotin w monoterapii,* *b) niwolumab w monoterapii.* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia** **1.1.1. *BrAVD*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). *Brentuksymab vedotin*: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. *Doksorubicyna*: zalecana dawka wynosi 25 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. *Winblastyna*: zalecana dawka wynosi 6 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. *Dakarbazyna*: zalecana dawka wynosi 375 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 2) badanie obrazowe: tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) lub ewentualnie tomografia komputerowa (TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej; 3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin* – w nawrotowym chłoniaku Hodgkina, a w przypadku oporności choroby wystarczające jest badanie immunohistochemiczne i udokumentowanie obecności antygenu CD30 we wcześniejszym badaniu histopatologicznym; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);

2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia** **1.2.1. *BrAVD*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania. **1.2.2. *BrECADD*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w stadium IIB zaawansowania choroby z czynnikami ryzyka, tj. masa *bulky* (≥ 10 cm lub ≥ 1/3 maksymalnego wymiaru poprzecznego klatki piersiowej) lub	Profilaktyka ze wspomaganiem czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **1.1.2. *BrECADD*** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). *Brentuksymab vedotin*: zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut, w dniu 1. każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. *Etopozyd*: zalecana dawka wynosi 150 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2., 3 i 4 dniu każdego cyklu 1-6. *Cyklofosfamid*: zalecana dawka wynosi 1250 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. *Doksorubicyna*: zalecana dawka wynosi 40 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. *Dakarbazyna*: zalecana dawka wynosi 250 mg/m^2 p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 120 minut w 3. i 4. dniu każdego cyklu 1- 6.	9) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem *brentuksymabu vedotin*; 10) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii*. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. *BrAVD lub BrECADD* lub *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Badania wykonywane przed każdym podaniem *brentuksymabu vedotin*: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. **2.2. *niwolumab w monoterapii*** Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia TSH; 6) oznaczenie stężenie sodu; 7) oznaczenie stężenia potasu; 8) oznaczenie stężenia wapnia.

zmiany pozawęzłowe albo w III lub IV stadium zaawansowania. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina** **1.3.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Do leczenia *brentuksymabem vedotin* w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2): 1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie: a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) lub b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia, albo 2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: a) oporność na pierwszą linię leczenia; b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia; c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT). **1.3.2. *niwolumab w monoterapii*** 1) wiek 12 lat i powyżej;	*Deksametazon*: zalecana dawka wynosi 40 mg podawana doustnie w 2., 3, 4 i 5. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Profilaktykę pierwotną ze wspomaganiem czynnikiem wzrostu (G-CSF) należy stosować od 5. dnia każdego cyklu u wszystkich chorych. Profilaktyka antybiotykowa musi być podawana 3 razy w tygodniu przez cały czas trwania chemioterapii. Zgodnie z ChPL zalecane jest wstępne leczenie deksametazonem przez 4 dni przed pierwszym cyklem chemioterapii u pacjentów w wieku > 40 lat lub też można postępować według uznania lekarza. W przypadku wystąpienia określonej toksyczności schematu *BrECADD*, zgodnie z ChPL należy obowiązkowo de-eskalować leki w kolejnych cyklach do: poziomu 3 (etopozyd 125 mg/m² i cyklofosfamid 1100 mg/m²), poziomu 2 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 950 mg/m²), poziomu 1 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 800 mg/m²) lub poziomu wyjściowego (najniższa dawka, tj. etopozyd 100 mg/m², doksorubicyna 35 mg/m² i cyklofosfamid 650 mg/m²). Jeśli chory po 2 cyklach BrECADD uzyskuje negatywny wynik badania PET-TK, można zastosować łącznie tylko 4 cykle *BrECADD*.	**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) PET/TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub TK. Badanie wykonuje się: a) w przypadku terapii *BrAVD* – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; b) w przypadku terapii *BrECADD* – po 2. i 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; c) w przypadku terapii *brentuksymab w monoterapii* – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; d) w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii* – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu *brentuksymabem vedotin* albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu *brentuksymabem vedotin*, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia;
3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

1) *BrAVD* – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli;
2) *BrECADD* – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli;
3) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku.

   U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie *brentuksymabem vedotin*, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia *brentuksymabem vedotin* do sumarycznej liczby 16 cykli.

1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina

1.2.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii*

Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).

Dorośli: Zalecana dawka *brentuksymabu vedotin* u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.

Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.

Dzieci: Zalecana dawka *brentuksymabu vedotin* u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.

Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.

Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).

1.2.2. *niwolumab w monoterapii*

Dorośli: Zalecana dawka *niwolumabu* u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie.

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
   a) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET/TK:
      – całkowita metaboliczna remisja (CMR),
      – brak całkowitej metabolicznej remisji:
        i. częściowa metaboliczna remisja (PMR),
        ii. stabilizacja metaboliczna (SMD),
        iii. progresja metaboliczna (PMD),
      – przeżycie bez progresji choroby (PFS),
      – przeżycie całkowite (OS);
   b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK:
      – całkowita odpowiedź (CR),
      – częściowa odpowiedź (PR),
      – choroba stabilna (SD),
      – brak odpowiedzi (NR),
      – progresja choroby (PD),
      – przeżycie bez progresji choroby (PFS),
      – przeżycie całkowite (OS);
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem *brentuksymabu vedotin w monoterapii* według kryterium 1.3.1.1. a) lub b); 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	<u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka *niwolumabu* wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie). Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Czasowe zawieszenie leczenia *niwolumabem* jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie *niwolumabu* można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.	lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.79.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) **w 1. linii leczenia:** a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanym statusem *IgHV:* – *ibrutynib w monoterapii;* b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*): – *akalabrutynib w monoterapii* albo – *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem* albo – *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem* albo – *zanubrutynib w monoterapii* albo – *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem;* 2) **w 2. lub kolejnych liniach leczenia:**	**1. Dawkowanie:** **1.1. *ibrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka *ibrutynibu* wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. **1.2. *akalabrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka *akalabrutynibu* wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. **1.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania,	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub statusu mutacji w genach *IgHV*, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia, d) ocena wydolności nerek i wątroby: – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, – oznaczenie wskaźnika eGFR, – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), – oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), – oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*):
   – *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,*
   – *ibrutynib w monoterapii,*
   – *akalabrutynib w monoterapii,*
   – *wenetoklaks w monoterapii,*
   – *zanubrutynib w monoterapii;*
b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*):
   – *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,*
   – *ibrutynib w monoterapii,*
   – *akalabrutynib w monoterapii,*
   – *zanubrutynib w monoterapii.*

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej;
4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL);
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

Chlorambucyl w cyklach 1-6: zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.

1.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*

Wenetoklaks: Dawka początkowa wynosi 20 mg *wenetoklaksu* 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

e) dodatkowo w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem* – oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem *wenetoklaksu* w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo *ibrutynibem*:
   – oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   – oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,
   – oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,
h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza),
i) dodatkowo w przypadku leczenia *obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem* lub *zanubrutynibem* (jeśli ocena jest konieczna dla spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu) – ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;
2) przesiewowe badanie w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
3) przesiewowe badanie w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA);
4) elektrokardiografia (EKG);
5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia** **1.2.1. *ibrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*. **1.2.2. *akalabrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej. **1.2.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+; 2) wyniki parametrów: a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min lub	Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. *Wenetoklaks* podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia	**2.1. *ibrutynib w monoterapii* lub *akalabrutynib w monoterapii* lub *zanubrutynib w monoterapii*** 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek, b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. **2.3. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem***

b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;

3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;

4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny.

1.2.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;

2) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.

1.2.5. *zanubrutynib w monoterapii*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;

2) przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia z wykorzystaniem schematu FCR (*fludarabina*, *cyklofosfamid*, *rytuksymab*) zdefiniowane jako:

a) wiek 65 lat i powyżej

albo

b) wiek 18-64 lat i obecność co najmniej jednego z poniższych parametrów:

– CrCl (klirens kreatyniny) ≥ 30 ml/min oraz < 70 ml/min

lub

– liczba punktów wg skali CIRS > 6

(bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

1.5. *zanubrutynib w monoterapii*

Zalecana dawka *zanubrutynibu* wynosi 320 mg na dobę.

Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.

1.6. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

Ibrutynib (cykle 1-15): Zalecana dawka *ibrutynibu* wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.

Wenetoklaks (cykle 4-15): Dawka początkowa wynosi 20 mg *wenetoklaksu* 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:

1) badania wykonywane w trakcie leczenia *obinutuzumabem* i *wenetoklaksem* (cykle 1-6) – przed każdym podaniem *obinutuzumabu*:

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

g) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),

i) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6);

2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

3) badanie wykonywane w cyklach 7-12, przed rozpoczęciem każdego cyklu – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

lub

– wystąpienie w ciągu ostatnich 2 lat ≥ 1 ciężkiej infekcji (wymagającej hospitalizacji lub pozajelitowej antybiotykoterapii) lub ≥ 3 infekcji (wymagających doustnej antybiotykoterapii) potwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjenta.

1.2.6. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia

1.3.1. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).

1.3.2. *ibrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mut*TP53*).

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Wenetoklaks podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15.

Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.

4) badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12:

a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

g) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

2.4. *ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem*

1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu):

a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13):

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,

f) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,

g) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,

h) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

3) badania wykonywane przed pierwszym podaniem *wenetoklaksu* oraz co tydzień przez okres dostosowania dawki:

1.3.3. *akalabrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53* 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). **1.3.4. *wenetoklaks w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK** 1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*). **1.3.5. *zanubrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*** 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*). **1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem	**1.7. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem*** Wenetoklaks: Dawka początkowa wynosi 20 mg *wenetoklaksu* 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.	a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla *ibrutynibu* okresowe badania: a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.5. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* lub *wenetoklaks w monoterapii*** 1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem *wenetoklaksu* oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 2) badanie wykonywane po okresie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

1) *obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem* – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli;
2) *wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzmabem* – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli *wenetoklaks* podawany jest wraz z *obinutuzumabem*, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) *wenetoklaks* podawany jest w monoterapii;
3) *ibrutynibem w skojarzeniu z wenetoklaksem* – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3 pierwsze cykle *ibrutynib* podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) *ibrutynib* podawany jest wraz z *wenetoklaksem*;
4) *wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem* – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg *wenetoklaksu* i podania *rytuksymabu* w 1. dniu 1. cyklu, przy czym *rytuksymab* stosowany jest przez 6 cykli.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;
2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek

Leczenie *wenetoklaksem* w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia *rytuksymabem* i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania *rytuksymabu* w 1. dniu 1. cyklu.

Rytuksymab: Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia *rytuksymabem* następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki *wenetoklaksu* (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa *rytuksymabu* w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m^2 powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m^2 powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.

1.8. *wenetoklaks w monoterapii*

Dawka początkowa wynosi 20 mg *wenetoklaksu* 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* co 3 miesiące:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,
   e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
   f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*):

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej);
3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań

substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii *wenetoklaksem* w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem *wenetoklaksu* w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo *ibrutynibem*; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia *wenetoklaksem* należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki *wenetoklaksu* w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) częściowa odpowiedź z limfocytozą (PR-L) – w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*, d) choroba stabilna (SD), e) brak odpowiedzi (NR), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

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

Załącznik B.81.

LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10: D45, D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie: 1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF): a) *ruksolitynibem* (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej), b) *fedratynibem* (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni *ruksolitynibem*), c) *momelotynibem* (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni *ruksolitynibem* lub *fedratynibem*), 2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV): a) *ruksolitynibem* (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie *hydroksymocznikiem*), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leku** **1.1. ruksolitynib** **1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** Zalecana dawka początkowa *ruksolitynibu* jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg). Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę. Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) trepanobiopsja szpiku: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – jeśli była wykonana wcześniej, to powtórna trepanobiopsja przy kwalifikacji do programu może być wykonana tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej), b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych; 2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony; 3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 8) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony,

Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem lub fedratynibem lub momelotynibem chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:

1) rozpoznanie:
   a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)
   albo

1.1.2. w leczeniu chorych na PV

Zalecana dawka początkowa *ruksolitynibu* wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).

Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.

Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.

1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

Zalecana dawka *fedratynibu* wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę.

1.3. momelotynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post ET MF

Zalecana dawka *momelotynibu* wynosi 200 mg doustnie podawana 1 raz na dobę (1 x 200 mg).

Opakowania momelotynibu 100 mg oraz 150 mg służą wyłącznie do stosowania w przypadku konieczności redukcji dawki leku. Należy rozważyć modyfikację dawkowania w przypadku wystąpienia objawów toksyczności hematologicznej lub niehematologicznej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

   b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:
      – poty nocne (≥4 pkt),
      – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt),
      – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),
      – bóle kostne (≥4 pkt),
      – świąd (≥4 pkt),
      – zmęczenie (≥4 pkt);
9) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia *fedratynibem*:
    a) oznaczenie stężenia amylazy,
    b) oznaczenie stężenia lipazy,
    c) oznaczenie stężenia tiaminy.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV

1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki *ruksolitynibu*, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:

b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) - zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz IWG-MRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku); 2) pacjenci z grupy ryzyka: a) pośredniego – 1 (jedynie w przypadku kwalifikacji do leczenia *momelotynibem*) albo b) pośredniego – 2 albo c) wysokiego - wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System); 3) liczba płytek krwi >50 tysięcy/µl; 4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),	**2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. fedratynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** 1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia amylazy, f) oznaczenie stężenia lipazy, 2) badanie do decyzji lekarza (zarówno konieczność jak i częstotliwość wykonania badania) – oznaczenie stężenia tiaminy. Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

d) bóle kostne (≥4 pkt), e) świąd (≥4 pkt), f) zmęczenie (≥4 pkt); 5) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia: a) *ruksolitynibem* – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej, b) *fedratynibem* - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu*, c) momelotynibem: i. brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu* lub *fedratynibu*, oraz ii. rozpoznanie umiarkowanej lub ciężkiej anemii (zdefiniowanej jako stężenie hemoglobiny <10 g/dl). **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem chorych na PV** 1) rozpoznanie czerwienicy prawdziwej (PV) zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia); 2) wykazanie oporności lub nietolerancji na leczenie *hydroksymocznikiem* według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia		**2.3. momelotynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** 1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF** 1) badania wykonywane po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem: a) oceny wielkości śledziony, b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: – poty nocne (≥4 pkt), – utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), – gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), – bóle kostne (≥4 pkt), – świąd (≥4 pkt),

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby według aktualnych rekomendacji, w tym transformacja do mielofibrozy (w przypadku PV), zespołów mielodysplastycznych lub ostrej białaczki, niezależnie od czasu jej wystąpienia; 2) brak lub utrata odpowiedzi na leczenie rozumiane jako: a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziony – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziony, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub		– zmęczenie (≥4 pkt); 2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). **3.2. w przypadku PV** 1) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona). Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po: i. 3 miesiącach leczenia lub ii. 6 miesiącach leczenia lub iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, b) w przypadku chorych na PV – brak korzyści klinicznej po co najmniej 6 miesiącach leczenia (np. trwałej stabilizacji hematokrytu < 45% i konieczności wykonywania krwioupustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek białych <10 G/l lub płytek krwi ≤ 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF: – całkowita remisja (CR), – częściowa remisja (PR), – poprawa kliniczna (CI), – stabilizacja choroby (SD), – odpowiedź w zakresie niedokrwistości, – odpowiedź śledzionowa, – odpowiedź w zakresie objawów ogólnych, – progresja choroby (PD), b) w przypadku PV: – całkowita remisja(CR), – częściowa remisja (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), c) przeżycie wolne od progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego inhibitora JAK2 u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie na inny inhibitor JAK2 w ramach programu lekowego. Przy zmianie inhibitora na momelotynib musi być zachowane kryterium obecności umiarkowanej lub ciężkiej anemii (zdefiniowanej jako stężenie hemoglobiny <10 g/dl).		

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**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *certolizumabem pegol,* 2) *etanerceptem,* 3) *iksekizumabem,* 4) *sekukinumabem,* 5) *upadacytynibem,* 6) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria: 1) pacjenci z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45. r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem	**1. Dawkowanie** **1) certolizumab pegol** a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie. **2) etanercept** a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu. **3) iksekizumab** a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0,	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);

stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce, b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: – sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, – metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej, przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów, c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów; lub 2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)", u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma	b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie. **4) sekukinumab** a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc. **5) upadacytynib** a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę. **6) bimekizumab** a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla dorosłych wynosi 160 mg (podawana jako jedno podskórne wstrzyknięcie) co cztery tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol	10) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-Hbc; 13) przeciwciała anty-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram)- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych; 19) MR stawów krzyżowo-biodrowych. **2. Monitorowanie leczenia** Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;

inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego; 3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia, oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:	lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu lub bimekizumabu, łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (±1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

a) 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 b) 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 c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów 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: – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,		3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków

– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**		osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności

1) w przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS < 1,3; 2) w przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. **3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz trzech inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab); 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **4. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1)b) lub 2)b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;		

2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2. stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.85.

LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2 **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie: a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny lub b) u chorych w stadium miejscowego zaawansowania nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, ale poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny (wymagana jest konsultacja chirurgiczna o możliwości leczenia radykalnego przed oraz po chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyn); 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS (*Next Generation Sequencing*) - jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS; 3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny	**1. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek. Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związki platyny.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych. Badanie należy wykonać po zakończeniu chemioterapii; 2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie w surowicy stężenia: a) kreatyniny, b) bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) inne badania w razie wskazań klinicznych. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) kreatyniny, b) bilirubiny;

zastosowanej jako pierwsza linia leczenia paliatywnego. Pacjenci powinni otrzymywać co najmniej 16 tygodni terapii opartej na związkach platyny i pozostać bez oznak progresji choroby do momentu włączenia olaparybu; 4) ECOG 0-1; 5) wiek 18 lat lub powyżej; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 7) brak przeciwskazań do terapii zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, za wyjątkiem badań klinicznych, których leczenie było prowadzone w ramach innych sposobów finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni. **3. Kryteria wyłączenia** Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co miesiąc. **3. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych, b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST; 2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.86.

LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania obowiązkowe** a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. **1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,

b) inne wrodzone zespoły autozapalne: – TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1, – FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny; c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1: – zespól Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d: a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę; b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia; c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;		b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka), d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca, e) konsultacja stomatologiczna, f) DZM na białko. **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii. **2.1. Badania obowiązkowe** Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych: a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,

d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.		e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego. **2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia: a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu, b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN), c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

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

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 1) Progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy; leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; d) FVC ≥ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: a. nadwrażliwość na lek, b. ciąża, c. karmienie piersią, d. inne przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) przeciwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		3) badanie spirometryczne; 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 7) 12-odprowadzeniowe EKG. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy; 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; 4) morfologia krwi co 6 miesięcy, 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.88.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY (ICD-10: C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami: 1) wismodegib; 2) cemiplimab. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1. Wismodegib** Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę. **2. Cemiplimab** Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem; 11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem; 12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);

1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rak podstawnokomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym; 2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego; 3) wiek ≥18 roku życia; 4) stan sprawności 0-2 wg ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;		13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;		2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST); 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem; b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.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**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) apomorfina 2) foslewodopa +foskarbidopa 3) lewodopa + karbidopa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: 1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne *MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease*; 2) czas trwania choroby ≥ 5 lat; 3) wcześniejsze leczenie: a) w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą+karbidopa albo foslewodopą+foskarbidopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny albo foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie *off lub w stanie on* z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni; 2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS; 3) ocena neuropsychologiczna: a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III <61) pogłębiona diagnostyka; 4) morfologia krwi z rozmazem;

najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona), b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfiną dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) łączny czas trwania stanów *off* ≥2 godziny, oraz czas trwania stanów *on* z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥1 godzina, udokumentowanych w dzienniczku Hausera przez 3 kolejne dni; 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem off i stanem on wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia); 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy zgodnie z aktualnymi ChPL. **2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**		5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK); 8) badanie EKG z oceną odstępu QT; 9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopa+ karbidopa). **2. Monitorowanie leczenia** 1) po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać: a) morfologię krwi z rozmazem, b) AspAT, AlAT, c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfiną); oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie *off lub w stanie on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 2) nie rzadziej niż raz na 4 miesiące wykonuje się wizytę neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia; Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty neurologicznej oraz pielęgniarskiej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i

W ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off lub stanie on* z uciążliwymi dyskinezami. **3. Kryteria wyłączenia** 1) w przypadku zastosowania lewodopy+karbidopy, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy+karbidopy, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku; 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopa+karbidopa); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie upoważnionej przez pacjenta w ilości niezbędnej do zabezpieczenia terapii do kolejnej wizyty neurologicznej (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje: a) gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopa+ karbidopa); b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną lub foslewodopa+foskarbidopa). Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu łącznie spędzanego w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 10) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy. **4. Czas leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **5. Kryteria i warunki zamiany terapii** Zmiana leczenia dotyczy zmiany z terapii: a) apomorfiną na foslewodopę+foskarbidopę; b) apomorfiną na lewodopę+karbidopę; c) foslewodopą+foskarbidopą na apomorfinę; d) foslewodopą+foskarbidopą na lewodopa+karbidopą; e) lewodopa+karbidopą na apomorfinę; f) lewodopa+karbidopą na foslewodopą+foskarbidopą Zmiana jest możliwa w następujących sytuacjach: 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii;		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.		

Załącznik B.95.

LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *ekulizumabem,* 2) *rawulizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała ≥ 10 kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:** 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) spełnienie jednego z kryteriów: – trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub > 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad	**1. Dawkowanie** Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg, b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni. Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem** 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR oraz u dorosłych z PLASMIC Score≤5 (PS≤5) można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;

krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna, lub – biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową, oraz b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku, lub – hemodializa, lub – białkomocz/ albuminuria, lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne; lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki; U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są: 4) wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;	pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.	12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią, lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego, b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. **1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem** 1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 5) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią,

5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza, b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta; 6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. **2. Monitorowanie leczeniaMonitorowanie terapii ekulizumabem** 1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące; 5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;

1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki: 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg; 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie; 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach (±1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem** 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją; 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymujacego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie; 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie; 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy; a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby, b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia; 4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej; 5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach . Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia** W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3. Kryteria wyłączenia 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.96.

LECZENIE CHORYCH Z NOCNĄ NAPADOWĄ HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) ekulizumabem,* *2) rawulizumabem,* *3) krowalimabem,* *4) pegcetakoplanem,* *5) danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem,* *6) iptakopanem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, dalej jako „Zespół Koordynacyjny", powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.	**1. Dawkowanie** Ekulizumab, rawulizumab, krowalimab, pegcetakoplan, danikopan oraz iptakopan należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia. 1) **ekulizumab** - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylnej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylnej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylnej co 14 ± 2 dni. 2) **rawulizumab** - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,	**1. Leczenie ekulizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 15) stężenie sodu w surowicy krwi; 16) stężenie potasu w surowicy krwi;

1. Leczenie ekulizumabem

1.1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:
   a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):
      - aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN),
      - co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
        – niewydolność nerek,
        – nadciśnienie płucne,
        – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;
   b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:
      - zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,
      - zator tętnicy płucnej,
      - zdarzenia mózgowo-naczyniowe,
      - amputacja,
      - zawał mięśnia sercowego,
      - napad przemijającego niedokrwienia,
      - niestabilna dławica piersiowa,
      - zakrzepica żyły nerkowej,

   a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej,
   b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylnej co 8 tygodni.

3) **krowalimab** – podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,
   a) jedna dawka nasycająca podawana w infuzji dożylnej (w dniu 1., następnie cztery dodatkowe dawki nasycające podawane co tydzień we wstrzyknięciu podskórnym (w dniu 2., 8., 15. i 22.),
   b) pierwsza dawka podtrzymująca (w dniu 29.), a kolejne co 4 tygodnie we wstrzyknięciu podskórnym,
   c) pacjentom, którzy zmieniają leczenie z uprzednio stosowanego inhibitora C5 na krowalimab, pierwszą dożylną dawkę nasycającą krowalimabu należy podać w terminie kolejnego zaplanowanego podania uprzednio stosowanego inhibitora C5. Kolejne podskórne dawki nasycające i dawki podtrzymujące krowalimabu są podawane zgodnie ze schematem przedstawionym w powyższych podpunktach a) oraz b).

4) **pegcetakoplan**
   a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,

17) badanie ogólne moczu;
18) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

1.2. Monitorowanie leczenia

1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:
   a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
   d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
   e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
   a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
   a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
   b) stężenie mocznika w surowicy krwi,
   c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:

- zakrzepica żył krezkowych,
- zakrzepica żyły wrotnej,
- zgorzel,
- ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa;

3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;

4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

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

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

b) pacjentom, którzy zmieniają leczenie inhibitorem C5 na pegcetakoplan należy przez pierwsze 4 tygodnie podawać pegcetakoplan dwa razy na tydzień w infuzji podskórnej w dawce 1080 mg dodatkowo do aktualnie przyjmowanej dawki inhibitora C5 w celu zminimalizowania ryzyka hemolizy po nagłym przerwaniu leczenia. Po 4 tygodniach należy przerwać stosowanie inhibitora C5, a następnie kontynuować przyjmowanie pegcetakoplanu w takiej samej dawce.

5) **danikopan w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem**

a) **danikopan** - zalecana dawka początkowa to 150 mg trzy razy na dobę, podawane doustnie w odstępie ok 8 godzin (+/- 2 godziny). W zależności od odpowiedzi klinicznej dawkę można zwiększyć do 200 mg 3 razy na dobę,

b) **ekulizumab** - dawkowanie jak powyżej i zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,

c) **rawulizumab** – dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Pacjent otrzymuje danikopan dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

6) **iptakopan**

a) dawka 200 mg, podawana dwa razy na dobę, doustnie;

b) lek wydawany jest do podania domowego; pacjent odbywa w ośrodku wizyty monitorujące (z wynikami

a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,

b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.

W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.

Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2. Leczenie rawulizumabem

2.1. Badania przy kwalifikacji:

2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu:

1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;

2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);

6) czas protrombinowy (PT);

7) fibrynogen;

8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);

1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
2) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;
3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

1.3. Kryteria wyłączenia

1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);

badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.

Pacjent otrzymuje iptakopan dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

2. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych w przypadku podań podskórnych

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty od początku leczenia w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, w trakcie których następują pierwsze podania leku w warunkach szpitalnych, (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia). Następnie leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Wówczas możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leku stosowanego podskórnie oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

9) oznaczenie grupy krwi;
10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
11) stężenie mocznika w surowicy krwi;
12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;
14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;
15) stężenie sodu w surowicy krwi;
16) stężenie potasu surowicy krwi;
17) badanie ogólne moczu;
18) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

2.1.2. chorych, którzy stosowali ekulizumab:

1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH;
2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

2.2. Monitorowanie leczenia

1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:
   a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
   d) stężenie mocznika w surowicy krwi,

3) karmienie piersią – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **2. Leczenie rawulizumabem** **2.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** **2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:		e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący rawulizumab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni.

a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie): • aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN), • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne lub duszność, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność, – hemoglobinuria, – bóle brzucha, – niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 10g/dL), – dysfagia, – zaburzenia erekcji, b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył krezkowych,		Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Leczenie krowalimabem** **3.1. Badania przy kwalifikacji:** **3.1.1. chorych, którzy nie stosowali inhibitora C5** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy – BTA; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;

• zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu		14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 15) stężenie sodu w surowicy krwi; 16) stężenie potasu surowicy krwi; 17) badanie ogólne moczu; 18) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonograf (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **3.1.2. chorych, którzy stosowali inhibitor C5** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **3.2. Monitorowanie leczenia** 1) co 2 tygodnie przez pierwsze 10 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 10 tygodniach, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia ekulizumabem; 3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≤1,5 górnej granicy normy (GGN); 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o		3) po 10 tygodniach, raz na 6 miesięcy lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący krowalimab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego krowalimab należy obserwować przez co najmniej 20 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów

wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;

2) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia rawulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;

3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

2.3. Kryteria wyłączenia

1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);

2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);

3) karmienie piersią;

lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Leczenie pegcetakoplanem

4.1. Badania przy kwalifikacji

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;

2) trepanobiopsja– w wybranych sytuacjach klinicznych, jeśli jest podejrzenie aplazji szpiku lub zespołu mielodysplastycznego;

3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);

4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;

6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;

7) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);

8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

4.2. Monitorowanie leczenia

1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:
   a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
   d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
   e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:

4) masa ciała poniżej 40 kg; 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **3. Leczenie krowalimabem** **3.1 Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** **3.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio inhibitorem C5:** 1) wiek ≥ 12 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych: a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):		a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

● aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1.5 przekraczająca górną granicę normy (GGN), ● co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: − niewydolność nerek, − nadciśnienie płucne lub duszność, − znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność, − hemoglobinuria, − bóle brzucha, − niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 10g/dL), − dysfagia, − zaburzenia erekcji, b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: ● zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, ● zator tętnicy płucnej, ● zdarzenia mózgowo-naczyniowe, ● amputacja, ● zawał mięśnia sercowego, ● napad przemijającego niedokrwienia, ● niestabilna dławica piersiowa, ● zakrzepica żyły nerkowej, ● zakrzepica żył krezkowych, ● zakrzepica żyły wrotnej, ● zgorzel,		**5. Leczenie danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem** **5.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów; 2) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **5.2. Monitorowanie leczenia** **5.2.1. danikopan w skojarzeniu z rawulizumabem** 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, a następnie w 8 tygodniu: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 8 tygodniach, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,

● ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **3.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii inhibitorem C5:** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) wiek ≥ 12 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do pierwszego leczenia inhibitorem C5;		d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego danikopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **5.2.2. danikopan w skojarzeniu z ekulizumabem** 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi,

3) stosowanie inhibitora C5 przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≤1,5 górnej granicy normy (GGN); 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia)*, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 6) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod		e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 4 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, a) stężenie mocznika w surowicy krwi, b) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), c) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego danikopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia krowalimabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania krowalimabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **3.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia		**6. Leczenie iptakopanem** **6.1. Badania przy kwalifikacji:** **6.1.1. chorych, którzy nie stosowali inhibitora C5:** 1) badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 15) stężenie sodu w surowicy krwi; 16) stężenie potasu w surowicy krwi; 17) badanie ogólne moczu; 18) ocena liczby retikulocytów; 19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia:

hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny); 3) karmienie piersią; 4) masa ciała poniżej 40 kg; 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Leczenie pegcetakoplanem** **4.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**		ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **6.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali inhibitor C5:** 1) badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem w tym ocena liczby retikulocytów; 3) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **6.2. Monitorowanie leczenia** 1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),

1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia rawulizumabem lub ekulizumabem lub krowalimabem; 2) wiek ≥18 lat; 3) obecność niedokrwistości w trakcie leczenia inhibitorem C5 przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorem C5 spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego; 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia) oraz *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia)*, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;		f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego iptakopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni. Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku leczenia. **7. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników

8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **4.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania pegcetakoplanu, Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego; 3) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia pegcetakoplanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;		skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **4.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny); 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **5. Leczenie danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem** **5.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia rawulizumabem lub ekulizumabem; 2) wiek ≥18 lat; 3) obecność resztkowej niedokrwistości hemolitycznej u pacjentów, którzy przez co najmniej 3 ostatnie miesiące leczeni byli rawulizumabem lub ekulizumabem; 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;		

6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **5.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej		

funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny; 3) w przypadku przerwania leczenia dawkę danikopanu należy zmniejszać w ciągu 6 dni aż do całkowitego odstawienia produktu leczniczego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania danikopanu w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **5.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny); 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);		

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **6. Leczenie iptakopanem** **6.1. Kryteria kwalifikacji** **6.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio inhibitorem C5:** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) wiek ≥18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych: a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie): • aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN), • niedokrwistość (stężenie hemoglobiny <10 g/dL);		

• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym: • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył krezkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae*; w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom, *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae*, -		

profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego; 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. **6.1.2. Chorzy po terapii inhibitorem C5:** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej; 3) obecność niedokrwistości (stężenie hemoglobiny <10 g/dL) w trakcie leczenia inhibitorem C5 (ekulizumabem lub rawulizumabem) przez co najmniej 3 ostatnie miesiące; 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia)*; w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw		

menigokokom, *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae*, - profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego; 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **6.2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;		

2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia iptakopanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania iptakopanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **6.3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża - jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny); 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);		

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.97.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną substancjami czynnymi: 1) eltrombopag; 2) romiplostym; 3) awatrombopag; 4) rytuksymab. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥18 lat; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) dawka początkowa: 1 µg/kg mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem lub rytuksymabem,** b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **romiplostymem,** lub **awatrombopagiem;** 3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**; 4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**; 5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60

5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem;**

6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania **rytuksymabu** i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)", którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.

W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

3. Dawkowanie awatrombopagu

1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę;

2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;

3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

4. Dawkowanie rytuksymabu

1) zalecana dawka: 375 mg/m^2 we wlewie dożylnym raz w tygodniu;

2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie;

3) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.

lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;

6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem**;

7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem;**

8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie):

a) wykonywane co 1 tydzień:

– morfologia krwi z rozmazem;

b) w przypadku leczenia **eltrombopagiem** - wykonywane co 2 tygodnie:

– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);

2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:

a) wykonywane co 1 miesiąc:

– morfologia krwi z rozmazem,

– w przypadku leczenia **eltrombopagiem**: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),

– w przypadku leczenia **romiplostymem** lub **awatrombopagiem** parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) zaburzenia czynności wątroby: a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby, - dotyczy wyłącznie chorych leczonych **eltrombopagiem;** 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak odpowiedzi na leczenie: a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo		wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem; 3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego; 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**. W przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie. W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia: 1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień; 2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek ≥ 100 G/l i brak krwawień;

b) romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia, albo c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do ≥ 50 x 10^9/L; 8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek < 30 G/l lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) wiek 1-18 lat; 2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani również pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji. **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem** 1) wiek 1-18 lat;	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: – 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, – 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; 2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg; 3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy); 3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys/µL; 4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie. Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.	2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **3. Dawkowanie rytuksymabu** 1) zalecana dawka: 375 mg/m^2 we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 3 miesiące: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi: a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie; 4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem; 5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej 250x10^9/l, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej 100x10^9/l. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) zaburzenia czynności wątroby: – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem: istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać, albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), lub		rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pasyreotydem **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥2,5 µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony. Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni. **1.2. Sposób podawania** 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

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

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

1.2. Kryteria wyłączenia

1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
4) objawowa kamica żółciowa;

wykonywanym przez fachowy personel medyczny.

2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.

1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.
2) Zaburzenia czynności wątroby:
   a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;
   b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana

6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem

1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);

6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;

7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);

8) okres ciąży lub karmienia piersią;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:

a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l

lub

b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1

lub

c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzanym przy kwalifikacji do programu.

u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;

c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Dawkowanie

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) wiek powyżej 18 roku życia;
2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);
2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.
4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u
2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Badania przy kwalifikacji

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQol).
3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

2.2. Monitorowanie leczenia

1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii; 6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol). Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4. W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3 ,4, 6 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;	osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego; 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.	przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby; 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia; 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m^2 oraz utrata białka >3 g/1,73m^2; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT > 5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; **2.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.101.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie: 1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *alirokumabem,* b) *ewolokumabem,* c) *inklisiranem,* 2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *lomitapidem,* 3) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *ewolokumabem,* 4) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego: a) *alirokumabem,* b) *ewolokumabem,* c) *inklisiranem,* 5) pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *ewolokumabem,* 6) pediatrycznym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) *alirokumabem.*	**1. Dawkowanie** **1.1. Alirokumab** 1) dorośli pacjenci 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie), 2) pediatryczni pacjenci a) masa ciała poniżej 50 kg 150 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie b) masa ciała 50 kg lub więcej 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie. **1.2. Ewolokumab** 1) heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, 2) bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego:	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie lipidogramu; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT); 3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem: a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); 5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.;
2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.;
3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym;
5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network (rekomendowane
   a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,
3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:
   a) zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy.

1.3. Inklisiran

284 mg inklisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

Dawki pominięte:

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inklisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inklisiran
   d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,
   e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),
   f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:
   a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;
2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:
   a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
   b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
   c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej

wykonanie badania genetycznego z diagnostyką kaskadową członków rodziny);

2) LDL-C > 70 mg/dl (1,8 mmol/l)

lub

LDL-C >55 mg/dl (1,4 mmol/l) w przypadku współistnienia innego poważnego czynnika ryzyka tj.: nadciśnienie tętnicze, otyłość (BMI ≥30 kg/m² lub obwód talii ≥ 80 cm u kobiet i ≥94 cm u mężczyzn), lipoproteina (a) > 50 mg/dL (125 nmol/l), cukrzyca typu 2 z poważnym uszkodzeniem narządowym, przewlekła choroba nerek z eGFR < 60 ml/min/1,73 m², przebyty zabieg naczyniowy w obrębie tętnic wieńcowych, szyjnych, dogłowowych i obwodowych z powodu choroby miażdżycowej,

pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP.

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.);

należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

1.4. Lomitapid

Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. Po 2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg, zależnie od akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa i tolerancji leku przez pacjenta, a następnie, w odstępach minimum 4 tygodni, do 20 mg, 40 mg i do maksymalnej zalecanej dawki 60 mg.

2. Modyfikacja dawkowania

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

co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki,

d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) badanie lipidogramu.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

W przypadku leczenia:

a) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy,

b) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy,

c) *inklisiranem* lub *lomitapidem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania

albo 3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem lub alirokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). **1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem** 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego; 2) brak innych postaci hipercholesterolemii; 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczynania leczenia LDL aferezą; 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recept w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych		leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) zmiana stężenia LDL-C; b) zmiana stężenia TC; c) zmiana stężenia HDL; d) zmiana stężenia trójglicerydów; e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

(PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.). **1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem** 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego; 2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recept w IKP, lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.). albo		

3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). **1.2.4. dorosłych pacjentów** a) **z ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem** 1) LDL-C >55 mg/dl (1,4 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11 pkt.). 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 60 miesięcy przed		

włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym lub stanem chorobowym/ czynnikiem ryzyka: a) wieńcowym: – z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach lub – wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału, lub – po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej, b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.: i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85 lub ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych lub iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej lub – choroba tętnic mózgowych, tj.: i. przebyty udar mózgu niedokrwienny lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) lub iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowowych, c) inne stany chorobowe:		

– cukrzyca typu 2 z poważnym uszkodzeniem narządowym definiowanym jako: i. eGFR <45 ml/min/1,73 m2 niezależnie od albuminurii lub ii. eGFR 45–59 ml/min/1,73 m2 oraz albuminuria (UACR 30–300 mg/g; stadium A2) lub iii. białkomocz (UACR >300 mg/g; stadium A3) lub iv. obecność choroby mikronaczyniowej w przynajmniej trzech różnych miejscach, np. albuminuria (stadium A2) oraz retinopatia oraz neuropatia lub v. 10-letnie ryzyko sercowo-naczyniowe > 20% według kalkulatora SCORE2-Diabetes lub – przewlekła choroba nerek z eGFR < 60 ml/min/1,73 m^2 lub – lipoproteina (a) > 50 mg/dL (125 nmol/l) lub – potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network. lub b) **z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem** 1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w		

skojarzeniu z ezetymibem (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączny czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11 pkt.). 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego.		
1.2.5 pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem lub pediatrycznych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem 1) wiek 10 – 18 lat dla ewolokumabu lub 8-18 lat dla alirokumabu; 2) potwierdzona diagnoza hipercholesterolemii rodzinnej na podstawie wyniku: skali Dutch Lipid Clinic Network, tj. >8 punktów w przypadku heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HeFH) albo na podstawie badania genetycznego w przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH);		

3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące). Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP. lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4. Dla pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z punktem 1.2.5. terapia może być kontynuowana po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, pod warunkiem		

przeniesienia leczenia do ośrodka dla dorosłych zgodnie z ppkt. 1.2.1.3. albo 1.2.3.3. **3. Zamiana leków** W przypadku wystąpienia u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków: a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran, lub b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab. Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab. Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności terapii: a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów dorosłych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:		

– w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5., (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3), – w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3); b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako: – redukcja stężenia LDL-C o < 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40%, albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą; – redukcja stężenia LDL-C o < 40%, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy (w stosunku do wartości wyjściowej określonej przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, u których była stosowana LDL afereza w chwili włączenia do programu lekowego; c) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów pediatrycznych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 5 %, po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych		

kolejnych 6 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej: – w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5., – w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii; W przypadku pacjentów, u których przed ukończeniem 18 r.ż. nie przeprowadzono oceny skuteczności po pierwszych 3 miesiącach leczenia, ocena taka przeprowadzana jest w ośrodku dla dorosłych, a brak skuteczności leczenia rozumiany jest jako: redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej jak powyżej. 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.102.FM.

LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi: 1) onasemnogen abeparwowek; 2) nusinersen; 3) rysdyplam. Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia. **1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce; 2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku;	**1. Dawkowanie onasemnogenu abeparwoweku** Dawkowanie onasemnogen abeparwowek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). **2. Dawkowanie nusinersenu** Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami. W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwowek** 1) badanie ogólnolekarskie; 2) badanie miana przeciwciał AAV9; 3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) liczba płytek krwi; 6) stężenie troponiny I; 7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1; 8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik; 9) ocena zdolności połykania; 10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND; 11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO; 12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;

3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego; 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku; 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych; 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym: a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego; b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych; c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu; d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii; 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt. 8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwowek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwowek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań). Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu	**3. Dawkowanie rysdyplamu** Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).	13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika; 14) badanie poziomu hemoglobiny; 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG. **1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen** 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego; 8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym. **1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam**

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego. **1.2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu; 2) niewydolność oddechowa od urodzenia; 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg; 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej; 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii; 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego; 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na		1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina); 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 7) konsultacja ortopedyczna - w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **2.1.1. Ocena skuteczności leczenia** 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku; 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwowek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze; 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)> 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku; 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], AlAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC]> 20 000 na mm^3), PLT poniżej 50 tys. w mm^3 przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.3. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący. **2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego		3) jako brak skuteczności uznaje się: a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako: – inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołooperacyjnej), – stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ. b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku. Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA). 4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się: a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.

Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3. 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: 1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.		b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta. **2.1.2. Badania laboratoryjne** 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej): a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej; b) badanie liczby płytek krwi; c) stężenie troponiny I; d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego. **2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen** 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wniosek o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający: 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach, 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku; 2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego; 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:		6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu; 8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki; **2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** 1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy; 5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku; 8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące; 5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. **3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) pacjenci wcześniej nie leczeni w ramach niniejszego programu lekowego: a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub b) z bialleliczną mutacją genu SMN1 i posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2; 2) pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach niniejszego programu lekowego: a) u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem,		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) przeżycie (niewystąpienie zgonu), b) konieczności wykonania tracheostomii, c) konieczności stałej wentylacji, d) zależności od wspomagania wentylacji, e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych, f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych, g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku, h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne. Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta. Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych. Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo

lub b) których stan neurologiczny w czasie terapii nusinersenem uległ pogorszeniu według kryteriów wyłączenia z terapii nusinersenem - punkt 2.3.4 programu lekowego B.102.FM; lub c) u których występują wielokrotne (dwa lub więcej) objawy niepożądane nakłucia lędźwiowego wymagające interwencji medycznej; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 4) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; Kryterium 4 musi być spełnione w każdym przypadku. W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, nusinersenemlub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.		przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach. Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek. 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie. 2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę. Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wniosek o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający: 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach, 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.		

3.3. Kryteria wyłączenia z programu 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali: a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy; 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; W takim przypadku po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni możliwa jest zmiana leczenia na nusinersen. 3) ciąża; 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		

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. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3. Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4. 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego;	**Dawkowanie agalzydazy beta** Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie agalzydazy alfa** Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. **Dawkowanie migalastatu** Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy(zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetycznego wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz GFR $\geq$ 30 ml/min/1,73 m^2; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **2. Monitorowanie leczenia** Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa lub migalastatem** 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczasowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydaza alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m^2 - dotyczy migalastatu: 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby; 9) Ciąża lub laktacja;		(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram; 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach); 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba); 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku; 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 9) Poziom globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. **4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem** 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzonem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.105.

LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się: 1) systemowe leczenie immunologiczne – *adalimumabem;* 2) leczenie miejscowe – *deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego*. Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w *standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)*. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej;	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie adalimumabu** 80 mg początkowo, podskórnie. Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie. **1.2. Dawkowanie deksametazonu** Jeden implant doszklistkowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Badania ogólne** 1) badanie okulistyczne obejmujące: a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS, b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT), d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej, e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN, f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN. **1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *Adalimumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną; 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *Adalimumabem*** a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby: – przy dawce ≤10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub – przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub – przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodni lub b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące: – do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub – w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące		3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP); 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi; 9) badanie ogólne moczu; 10) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 11) test na kiłę; 12) test na boreliozę; 13) oznaczenie obecności antygenu HBs; 14) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 15) oznaczenie obecności antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu); 17) elektrokardiogram (EKG); 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego; 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych; 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **1.2.2. *Deksametazonem w postaci implantu*** 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacynego.

lub c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki lub naczyń siatkówki; 2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN; 3) stopień przymglenia ciała szklistego oka 0,5+ według kryteriów SUN. **1.1.2. *Deksametazonem w postaci implantu*** a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN; b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1.1. *Adalimumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) CRP; 3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego). Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem: a) 3 dawki leku; b) 5 dawki leku; c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego. Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy. **2.1.2. *Deksametazonem*** 1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT); Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia**

2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące. Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia. **2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu** Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku plamki zostaje wyłączony z programu. W przypadku nawrotów obrzęku plamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka. W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku plamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian: a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki		Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu. W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące: 1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocenę przedniego odcinka i dna oka; 4) ocenę plamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT); 5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem. **2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem** Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku. Poprawa definiowana jest jako: 1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego, według kryteriów SUN: a) o ≤ 2 przy stanie początkowym większym lub równym 2; b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2; lub 2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki lub

lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS lub c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego: – do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub – o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS lub 4) stabilizacja ostrości wzroku. **2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem** Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako: 1) zmniejszenie grubości siatkówki o ≥ 10% i > 50 µm w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT); 2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS. Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji

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

Załącznik B.106.

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:
1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych
lub
1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)
lub
1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</td>
<td>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę
lub
Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę

Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) HBsAg
2) anty-HBs
3) anty-HBc IgG/całkowite
4) HBV DNA ilościowe
5) morfologia krwi
6) ALT
7) kreatynina

2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) ALT
2) HBV DNA

3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.		**4. Monitorowanie programu** 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

Załącznik B.107.

LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ POKRZYWKĄ SPONTANICZNĄ (ICD-10: L50.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek≥ 12. roku życia; 2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28 oraz b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥10; 4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; 5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia. **2. Kryteria wyłączenia** 1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7>16 lub DLQI≥10;	**1. Dawkowanie omalizumabu** Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) CRP; 5) TSH; 6) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 7) kreatynina i mocznik w surowicy; 8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu. U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.	Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta. Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.	**2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) CRP; 4) TSH; 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu. **3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące** 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo 2) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.108.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)

<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>W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami:
1) wandetanib;
2) selperkatynib.
Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.

1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji
1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;
2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;
3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST;
4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;</td>
<td>1. Dawkowanie wandetanibu
Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL).
Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL.
Zalecana dawka wandetanibu wynosi:
a) 300 mg na dobę.

2. Dawkowanie selperkatynibu
Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.
Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.
Zalecana dawka selperkatynibu wynosi:
a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie AlAT i AspAT;
3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
5) oznaczenie stężenia kreatyniny;
6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;
7) oznaczenie stężenia TSH;
8) badanie ogólne moczu;
9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;
10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
12) EKG z oceną odstępu QTc;
13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;
14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku wandetanibu.</td>
</tr>
</table>

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** **1.2.1. Terapia *wandetanibem*** 1) wiek powyżej 18 lat; 2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia *wandetanibem*; 3) stan sprawności 0-2 według ECOG; **1.2.2. Terapia *selperkatynibem*** 1) wiek co najmniej 12 lat; 2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem *wandetanibu* lub *kabozantynibu*; 3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);	b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.	Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Terapia *wandetanibem*** **2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi. **2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:** 1) oznaczenie AlAT i AspAT; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie EKG z oceną QTc; 8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). **2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3); 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie; 6) brak wcześniejszego leczenie selektywnym inhibitorem(ami) RET; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana; 9) stan sprawności: a) dorośli 0-2 w skali ECOG, b) pacjenci do 16 roku życia ≥ 40 w skali Lansky'ego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *wandetanibem/selperkatynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu**		4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. **2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:** 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku *wandetanibu*. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. **2.2. Terapia *selperkatynibem*** **2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 3) oznaczenie AlAT i AspAT; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem;

1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy *selperkatynibu* i *wandetanibu*) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy *selperkatynibu*); 5) ciąża lub okres karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.		3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. **2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:** 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie AlAT i AspAT; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny. 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA; 8) badanie ogólne moczu; 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie. Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. **3. Monitorowanie skuteczności terapii** 1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące: a) wskaźniki efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy. b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla *selperkatynibu* (wg badania rejestracyjnego): – mediana OS ok 33,25 miesięcy, – prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 87%, ii. 18 miesięcy: 77%, iii. 24 miesiące: 77%, – ORR = 69%, – prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla: i. 6 miesięcy: 32%, ii. 6-12 miesięcy: 31%, iii. 12-18 miesięcy: 24%,

		iv. 18-24 miesięcy: 8%, v. ≥ 24 miesięcy: 4%, – prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla: i. 12 miesięcy: 77%, ii. 18 miesięcy: 68 %, iii. 24 miesiące: 61%, – poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL; 2) ocena bezpieczeństwa terapii a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR), – czas trwania odpowiedzi (DOR), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS), – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);

		3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu; 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną	Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną. Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący. **1. Dawkowanie** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**	Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych. **1. Badania przy kwalifikacji:** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. **2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):** 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	

Załącznik B.110.

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym" powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół Koordynujący dokonuje weryfikacji skuteczności leczenia po zakończeniu terapii. **2. Rodzaje programów** **A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub	**Dawkowanie:** Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m^2/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z	**A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania; 3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych; 4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta; 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **A.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);	opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **A.2. Monitorowanie leczenia**

2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC); 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **A.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,		1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba, e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2, f) EKG w 1 i 11 dobie, g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii, 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną): a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**		cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby. **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego** **B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych). **B.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, lub stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący, lub stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;		b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu,

4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia; 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia. Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu. **B.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD); 2) ciąża i karmienie piersią; 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu; 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami; 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia; 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);		h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **B.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia: a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy, d) odpowiednia czynność nerek; 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu): a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba, b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba, c) CRP: 1, 8 i 11 doba, d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. **B.3. Określenie czasu leczenia według programu** Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie** 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):		e) EKG w 8 i 11 dobie, f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych** 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy); 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafię kości z użyciem technetu; 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja; 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC, b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l, c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli), d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC, e) neuropatia obwodowa 3 stopnia, f) kardiotoksyczność ≥3 stopnia WHO CTC, g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie, h) choroba posurowicza ≥3 stopnia WHO CTC, i) toksyczności skórne ≥3 stopnia WHO CTC, j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.		mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥30%) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR; 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku; 7) ocena słuchu; 8) badanie EEG; 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV; 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej); 11) ocena hormonów tarczycy; 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).

		D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby. **E. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym"; 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych; 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym".

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU PROCESU WZRASTANIA (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Procesu Wzrastania powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); 2) stężenie IGF-1 poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; 3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: a) u osób dorosłych i u młodzieży po zakończonym procesie wzrastania (wiek kostny starszy niż 14 lat u dziewcząt i 16 lat u chłopców), zarówno nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult-onset GHD – AO-GHD), jak i leczonych w dzieciństwie z powodu GHD (childhood-onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanego GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu niedoboru co najmniej kortyzolu i L-tyroksyny),	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-1,0 mg.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); 5) ocena stężenia IGF-1; 6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub wykonanie testu doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 8) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) *[Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]*; 9) oznaczenie stężenia TSH i FT4; 10) u osób nieprzyjmujących substytucji hormonalnej osi kortykotropowej - pomiar stężenia kortyzolu w godzinach

b) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzenia przyczyny organicznej i/lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-1; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności badania MR okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub badania TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny programu B.111 decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-1, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie); 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia; 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		porannych, a w przypadku obniżonego wyniku - oznaczenie stężenia kortyzolu w teście stymulacyjnym po podaniu syntetycznego ACTH lub glukagonu. W przypadku osób przyjmujących substytucję hormonalną (prep. hydrocortisonum) - oznaczenie stężenia kortyzolu po 2 godzinach od przyjęcia porannej dawki leku; 11) u osób stosujących substytucję w zakresie hormonów płciowych oznaczenie poziomu estrogenów u kobiet; 12) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu; podstawowym testem powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z argininą; 13) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (badanie MR lub TK z kontrastem); 14) badanie USG jamy brzusznej; 15) wykonanie EKG, ewentualnie badanie USG serca; 16) badanie dna oka; 17) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]; 18) u pacjentów < 18 rż. - ocena wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej. 19) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2. Monitorowanie leczenia** 1) po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia terapii:

		a) pomiar stężenia IGF-1 w celu ustalenia dawki optymalnej (dalsze monitorowanie co 6 tygodni w przypadku zmiany dawki); 2) co 6 miesięcy: a) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji, b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi, c) ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu w surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca), d) określenie odsetka HbA1c, e) ocena stężenia IGF-1, f) oznaczenie stężenia TSH i FT4, g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu, h) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL), i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 3) dodatkowo co 2 lata: a) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

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

Załącznik B.112.

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami: 1) *iwakaftorem w monoterapii*, 2) *lumakaftorem/ iwakaftorem*, 3) *tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*, 4) *eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy; 2) pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta na udział w programie; 3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać	**1. Dawkowanie** **1.1. Iwakaftor w monoterapii** **1.1.1.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥7 kg do <14 kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze. **1.1.2.** wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥14 kg do <25 kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcze. **1.1.3.** wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg Dawka poranna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. **1.2. Lumakaftor/ iwakaftor** **1.2.1.** wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia: 1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2) badanie kwestionariuszowe w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7: – samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., – przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż. 1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej; 5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;

włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu);

4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;

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

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. **pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii**

1) wiek 12 miesięcy i powyżej;

2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R.

1.2.2. **pacjentów z mukowiscydozą lumakaftorem/iwakaftorem**

1) wiek 2 lata i powyżej;

2) potwierdzone wystąpienie mutacji F508del genu CFTR na obu allelach.

1.2.3. **pacjentów z mukowiscydozą tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem**

1) wiek 6 lat i powyżej;

2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del i obecność jednej z następujących mutacji genu CFTR: P67L, R117C, L206W,

Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.

1.2.2. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała ≥14 kg

Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.

Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.

1.3. Tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem

1.3.1. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 50 mg tezakaftoru/ 75 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru.

1.3.2. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.

1.3.3. wiek ≥ 12 lat

Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.

Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.

1.4. Eleksakaftor/ tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem

7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż.

1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:

1) badanie obrazowe klatki piersiowej.

2. Monitorowanie leczenia

1) badania wykonywane po 12 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:

a) kwestionariusz w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7:

– samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż.,

– przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż.;

2) badania wykonywane po 24 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:

a) test potowy,

b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),

c) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła;

3) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny;

4) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

a) test potowy,

R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kb C→T. 1.2.4. **pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem** 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) co najmniej jedna mutacja F508del genu mukowiscydozowego przezbłonowego regulatora przewodnictwa. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu mukowiscydozy, decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego; 2) stan po przeszczepieniu płuc; 3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów,	**1.4.1.** wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała 10 kg do <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 60 mg iwakaftoru, 40 mg tezakaftoru i 80 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 59,5 mg iwakaftoru. **1.4.2.** wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała ≥14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru. **1.4.3.** wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 37,5 mg iwakaftoru, 25 mg tezakaftoru i 50 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru. **1.4.4.** wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. **1.4.5.** wiek 12 lat i powyżej Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.	b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu), c) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny, e) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż; 5) badania wykonywane na każdej wizycie: a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem. b) pomiar masy i wysokości ciała oraz wskaźnika BMI z oceną wartości centylowych. Po każdych 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. <u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u> 1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje

można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) okres ciąży lub planowania ciąży lub karmienia piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią), (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę); 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	**2. Modyfikacja dawkowania** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	prawidłowe przeprowadzenie odpowiedniego testu (np. FEV1, FVC, MMEF lub LCI 2,5%); 2) stężenie jonów chloru w pocie; 3) liczba hospitalizacji; 4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) Obecność lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.

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**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *ketoanalogami aminokwasów*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) przewlekła choroba nerek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) brak rozpoczętego leczenia nerkozastępczego, przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – uzyskana ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); 4) spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą wywiadu dietetycznego; 5) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów; 6) wykluczenie hiperkalcemii; 7) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (źle kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku Ketosteril. Od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi od 0,4 g/kg m.c./dobę do 0,8 g/kg m.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 2) oznaczenie stężenia mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia wapnia, sodu i potasu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 6) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym. **2. Monitorowanie leczenia** Co miesiąc, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące: 1) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi. Po każdym roku leczenia *ketoanalogami aminokwasów* należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności. Wskaźniki efektywności:

8) wiek 18 lat i powyżej; 9) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączania z programu** Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego; 2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka		1) hamowanie progresji choroby na podstawie eGFR i stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 3) stężenie elektrolitów w surowicy krwi; 4) stężenie mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę; 5) nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, dotyczących okresowych badań kontrolnych; 6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*) bądź anoreksji.		

Załącznik B.114.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na ostrą białaczkę szpikową udostępnia się poniższe terapie, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: **1) w 1. linii leczenia:** a) *leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),* albo b) *leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),* albo c) *leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3),* albo d) *leczenie iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną (pacjenci z mutacją IDH1);* **2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:** a) *leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;* **3) w 2. i kolejnych liniach leczenia:** a) *leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).*	**1. Dawkowanie leków w terapii** **1.1.** ***midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** ***1.1.1.* Leczenie indukujące** Pierwszy cykl: Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu. Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu. Drugi cykl: Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny).	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do 1. linii leczenia oraz do 2. i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej** 1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym: a) potwierdzające obecność mutacji *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* oraz *gilterytynibem w monoterapii*. U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gliterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji *FLT3* wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia 1. linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* – pkt. 1.2.3.4.b oraz za wyjątkiem kwalifikacji do terapii *iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną* – pkt 1.2.4.5.b);
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej;
8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet;
9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

***1.1.2.* Leczenie konsolidujące**

U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:

Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.

Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.

1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

***1.2.1.* Leczenie indukujące**

<u>Pierwszy cykl:</u>

Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.

Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.

Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.

<u>Drugi cykl:</u>

Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie

b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
c) potwierdzające obecność mutacji R132 w genie *IDH1* – w przypadku terapii *iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną*;

2) ocena stanu ogólnego (ECOG);
3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
   e) oznaczenie stężenia sodu,
   f) oznaczenie stężenia potasu,
   g) oznaczenie stężenia wapnia,
   h) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,
   i) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
   j) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   k) oznaczenie APTT,
   l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR,

1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) udokumentowana obecność mutacji genu *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]); 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej. ***1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* z ekspresją antygenu CD33 na komórkach blastycznych; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej; 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej; 5) potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych); 6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii. ***1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;	należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania: Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 1000 mg/m^2 pc. (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. ***1.2.2.* Leczenie konsolidujące** U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego: Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli). Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu. ***1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania: Dzień 1: 100 mg/dobę; Dzień 2: 200 mg/dobę; Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.	m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 5) elektrokardiografia (EKG); 6) ECHO serca (do decyzji lekarza); 7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza); 8) punkcja lędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN); 9) dodatkowo w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*: a) oznaczenie eGFR, b) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 10) dodatkowo w przypadku terapii *gilterytynibem w monoterapii:* a) oznaczenie stężenia magnezu, b) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP). **1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).

3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*); 4) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej: – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN, – jakiekolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. ***1.2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia);	W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Azacytydyna – dawka 75 mg/m^2 pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. **1.4. *iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną*** Każdy cykl trwa 28 dni. Iwosydenib – zalecana dawka wynosi 500 mg (2 tabletki po 250 mg) podawana doustnie 1 raz na dobę. Leczenie iwosydenibem należy rozpocząć w dniu 1. cyklu 1. w skojarzeniu z azacytydyną. Azacytydyna – dawka 75 mg/m^2 pc. podawana podskórnie lub dożylnie 1 raz na dobę w dniach od 1. do 7. dnia każdego cyklu. ***1.5. azacytydyną doustną w monoterapii*** Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu. W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej,	**2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia w przypadku terapii** ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym; 2) morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia sodu, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie stężenia wapnia, e) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, f) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

4) udokumentowana obecność mutacji R132 w genie kodującym dehydrogenazę izocytrynianu 1 (*IDH1*);
5) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako:
   a) wiek 75 lat i powyżej,
   lub
   b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:
      – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących),
      – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa,
      – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%,
      – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min,
      – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN,
      – jakiekolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii w ocenie lekarza prowadzącego.

1.2.5. azacytydyną doustną w monoterapii

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej;
3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę.

1.2.6. gilterytynibem w monoterapii

rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu.

Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć.

1.6. gilterytynibem w monoterapii

Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.

W przypadku braku odpowiedzi (pacjent nie osiągnął CRc – złożonej całkowitej remisji) po 4 tygodniach leczenia można zwiększyć dawkę do 200 mg raz na dobę, jeżeli leczenie jest tolerowane lub uzasadnione klinicznie.

2. Modyfikacja dawkowania leków

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

4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG);

2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym;
2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemtuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:
   a) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   c) oznaczenie APTT,
   d) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR;
3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG);

2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną

1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu, a w przypadku braku całkowitej remisji, ponowna biopsja po 2. cyklu, a następnie co 2 kolejne

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną: a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji *FLT3*, tj. *FLT3*-ITD, *FLT3*-TKD/D835 lub *FLT3*-TKD/I836 z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego. W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji *FLT3*. **1.3.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);		cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji; 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu, e) oznaczenie stężenia fosforanów, f) oznaczenie stężenia wapnia, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); **2.4.** ***iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną***

2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy. U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. ***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gemtuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gemtuzumabu ozogamycyny; 2) po osiągnięciu całkowitej remisji choroby (zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet) po leczeniu indukującym, kontynuacja w postaci leczenia konsolidującego od 2 do 4 cykli leczenia (w tym do 2 cykli z gemtuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi. Do rozważenia pominięcie gemtuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. ***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. ***2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną***		1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach (±1 cykl) i po 6 cyklach (±1 cykl) oraz zawsze w przypadku podejrzenia progresji lub decyzji lekarza prowadzącego; 2) co najmniej 1 raz w tygodniu w pierwszym miesiącu leczenia, raz na 2 tygodnie w drugim miesiącu leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczanie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczanie stężenia magnezu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) co najmniej 1 raz w tygodniu przez pierwsze 3 tygodnie leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego cyklu, oraz dodatkowo w razie wskazań klinicznych – elektrokardiografia (EKG); ***2.5. azacytydyną doustną w monoterapii*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;

1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. ***2.5. gilterytynibem w monoterapii*** 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zaleconej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gliterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną,* b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);		2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia. W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi. ***2.6. gilterytynibem w monoterapii*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia; 2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), f) oznaczenie stężenia magnezu, g) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej,

c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii *azacytydyną doustną w monoterapii*; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* lub *gilterytynibem w monoterapii*.		h) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP); 3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia – elektrokardiografia (EKG). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

		a) całkowita odpowiedź (CR), w tym CRh (CR z częściową odnową hematopoezy) i CRi (CR z niepełną odnową hematopoezy), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie wolne od zdarzeń (EFS) tj. niepowodzenia leczenia, nawrotu po remisji lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpiło wcześniej – jedynie dla terapii *iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną*; h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.115.

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANE POSTACIE MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.0)

<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>W ramach programu lekowego dorosłym chorym na zaawansowane postacie mastocytozy układowej udostępnia się poniższe terapie, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:
1) w 1. lub kolejnych liniach leczenia – midostauryną;
2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – awaprytynibem.

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.
1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji
1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. aggressive systemic mastocytosis – ASM), mastocytoza układowa ze współistniejącym nowotworem układu mieloidalnego lub chłonnego (ang. systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm – SM-AHN) lub białaczka mastocytowa (ang. mast cell leukemia – MCL) – zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (World Health Organization);
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) obecność co najmniej jednego z poniższych objawów wynikających z nacieku komórkami tucznymi:
a) neutropenia <1x10^9/L lub niedokrwistość <10 g/dL lub małopłytkowość <100x10^9/L,</td>
<td>1. Dawkowanie
1.1. midostauryna
Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg).
Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.
Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.

1.2. awaprytynib
Zalecana dawka awaprytynibu wynosi 200 mg podawana doustnie raz na dobę.
Awaprytynib podaje się w 28-dniowych cyklach.

2. Modyfikacja dawkowania leków
Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117, ewentualnie CD30);
2) badanie molekularne w kierunku obecności mutacji D816V lub mutacji w innych krytycznych regionach w genie KIT;
3) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;
4) ocena stanu ogólnego według skali ECOG;
5) badania laboratoryjne:
a) morfologia krwi z rozmazem,
b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
f) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi,
g) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
i) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,
j) oznaczenie stężenia albumin,</td>
</tr>
</table>

b) powiększona wątroba z wodobrzuszem lub zwiększoną aktywnością transaminaz lub nadciśnieniem wrotnym, c) splenomegalia z hipersplenizmem, d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i ewentualną utratą wagi ciała, e) rozległe zmiany osteolityczne (≥2 cm) lub patologiczne złamania kości; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – *midostauryna*** 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) brak wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL lub po zastosowaniu wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego; 3) nieobecność objawowej zastoinowej niewydolności serca. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – *awaprytynib***		k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi, o) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 6) elektrokardiografia (EKG); 7) ECHO serca – w przypadku wywiadu kardiologicznego lub zmian w EKG. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem: a) wykonywana przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych – w przypadku terapii *midostauryną*, b) wykonywana co 2 tygodnie przez pierwsze 8 tygodni terapii, a następnie co 2-4 tygodnie zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *awaprytynibem*; 2) badania wykonywane przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,

1) stan sprawności 0-3 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL; 3) liczba płytek krwi $\geq 50x10^9$/L. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. Pacjenci dotychczas zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: D47.9 mogą kontynuować leczenie w programie lekowym do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii według zmodyfikowanych kryteriów Valenta – w przypadku terapii *midostauryną*, lub		h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), 3) elektrokardiografia (EKG) – w uzasadnionych przypadkach. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. w przypadku ASM i SM-AHN:** 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie co 3 cykle. **3.2. w przypadku MCL:** 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 1. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po każdym cyklu leczenia przez pierwsze 6 cykli, a następnie co każde kolejne 3 cykle. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

b) progresja choroby w trakcie leczenia według zmodyfikowanych kryteriów IWG-MRT-ECNM (*modified International Working Group-Myeloproliferative Neoplasms Research and Treatment & European Competence Network on Mastocytosis*) – w przypadku terapii *midostauryną* lub *awaprytynibem*; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) poprawa kliniczna (CI), d) choroba stabilna (SD), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.117.

LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla; 4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek ≥ 18 lat; 7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie. Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego; 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem; 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C; 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach: a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9$/l, b) liczba neutrofilów $\geq 1{,}0 \times 10^9$/l, c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9$/l, d) stężenie hemoglobiny ≥ 9 g/dl, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5$ x GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5$ x GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i ≤ 5 x GGN u chorych z przerzutami 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:		**2. Monitorowanie leczenia** 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych; 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta, – nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu. – **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie; 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.		

Załącznik B.119.

LECZENIE PACJENTÓW ZE ZRÓŻNICOWANYM RAKIEM TARCZYCY (ICD-10: C 73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie zróżnicowanego raka tarczycy *kabozantynibem* (druga linia leczenia) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.). **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST; 4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1.1. Kabozantynib** *Kabozantynib* jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia kabozantynibem** 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny – w surowicy, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) oznaczenie białka w moczu; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) scyntygrafia kości; 9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy; 10) RTG lub KT klatki piersiowej; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. **1.2. Terapia kabozantynibem** 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie uprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *kabozantynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji (ogólne i szczegółowe) do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia kabozantynibem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia: a) bilirubiny, b) kreatyniny, c) transaminaz (AspAT, AlAT), d) wapnia, e) TSH; 3) oznaczenie białka w moczu; 4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 5) EKG; 6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała; 7) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się co 4 tygodnie. Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych. Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby. **1. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤5, włączając w to progresje w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.121.

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** 1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększać o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg. 1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby: a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę; b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę). Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni. 1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 8) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 9) badanie EKG; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu. **1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:**

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ciąża i karmienie piersią; 2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu; 3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna); 4) padaczka; 5) niewyrównana astma oskrzelowa; 6) jednoczesne stosowanie sultoprydu; 7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT; 8) występowanie wrodzonego zespołu QT.		1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 6) badanie EKG; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny. **2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) AlAT; 4) AspAT; 5) badanie EKG; 6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **3. Monitorowanie programu** 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.122.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji do terapii berotralstatem lub lanadelumabem
Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:
1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II;
2) wiek od 12 roku życia;
3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 6 ataków z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie berotralstatem lub lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań</td>
<td>1. Dawkowanie lanadelumabu
Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.
U pacjentów z dobrą kontrola choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie.
W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.
Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.
Do tego czasu pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.
Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.
Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);
2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi - badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);
3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);
4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia;
5) morfologia krwi;
6) badanie ogólne moczu;
7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);
8) oznaczenie INR;
9) oznaczenie poziomu:
a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</td>
</tr>
</table>

klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Kryteria wyłączenia z terapii berotralstatem lub lanadelumabem

Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem lub berotralstatem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

1) ciąża lub karmienie piersią:
   a) lanadelumab - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia,
   b) berotralstat - wyłączenie z programu na czas ciąży lub karmienia piersią;
2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie;
3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na berotralstat, lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.

3. Określenie czasu leczenia w programie

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

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.

2. Dawkowanie berotralstatu

Zalecana dawka u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat o masie ciała ≥ 40 kg to 150 mg berotralstatu raz na dobę.

Berotralstat przyjmowany jest w warunkach domowych, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, po przeszkoleniu pacjenta w zakresie prawidłowego stosowania oraz rozpoznawania działań niepożądanych.

   b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   c) bilirubiny całkowitej;
   d) fosfatazy alkalicznej- dla berotralstatu,
   e) kreatyniny (eGFR)- dla berotralstatu,
10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
11) EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu.

Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia berotralstatem lub lanadelumabem

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:

1) morfologia krwi;
2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);
3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;
4) fosfataza alkaliczna- dla berotrolstartu;
5) kreatynina (eGFR)- dla berotralstatu;
6) oznaczenie INR;
7) badanie ogólne moczu- dla berotralstatu;
8) EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu;

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią. **4. Zamiana terapii** W razie wskazań klinicznych lekarz prowadzący, w porozumieniu z Zespołem Koordynującym ds. Chorób Ultrarzadkich, może podjąć decyzję o zmianie terapii z zastosowanego leku na inny dostępny w ramach programu (z lanadelumabu na berotralstat lub z berotralstatu na lanadelumab), z zachowaniem ciągłości leczenia, bez konieczności ponownej kwalifikacji, o ile spełnienie kryteriów zostało już uprzednio potwierdzone.		9) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego. Badania wykonuje się co 6 miesięcy. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość, b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego. Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,

		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą i siarczanem cynku*; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia *D-penicylaminą*. Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kayser Fleischera. **2. Monitorowanie leczenia** Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:

3. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych; 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich; 4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu; 5) karmienie piersią; 6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia; 7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.		1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne; 3) badanie ogólne moczu; 4) morfologia; 5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 6) czas protrombinowy (PT); 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT); 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby. Badania przeprowadzone raz w roku: 1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej. Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia. W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie

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

Załącznik B.124.

LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *dupilumabem,* 2) *upadacytynibem,* 3) *baricytynibem,* 4) *tralokinumabem,* 5) *abrocytynibem,* 6) *lebrykizumabem,* <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 miesięcy i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *dupilumabem,* albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *upadacytynibem* albo *tralokinumabem albo abrocytynibem albo lebrykizumabem,*	**1. Dawkowanie** 1) *dupilumab* maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych; 2) *upadacytynib* maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę; 3) *baricytynib* maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) *tralokinumab* maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg, a następnie dawka 300 mg podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) *abrocytynib* maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę; 6) *lebrykizumab* maksymalna dawka wynosi 500 mg zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnie co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Stan niektórych pacjentów z początkową częściową odpowiedzią na leczenie może się dodatkowo poprawić	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

albo

c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii *baricytynibem*;

2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI≥20) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i kwalifikują się do leczenia ogólnego oraz, w przypadku osób powyżej 6 r.ż., u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne, aw przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów:

a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.:

– niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej

lub

– przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie,

lub

– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej,

b) u osób w wieku 18 lat i powyżej:

– niepowodzenie leczenia *cyklosporyną*,

lub

– przeciwwskazania do stosowania *cyklosporyny*, które uniemożliwiają jej zastosowanie,

lub

– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia *cyklosporyną*;

3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;

dzięki kontynuacji leczenia co drugi tydzień, do tygodnia 24. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie.

2. Modyfikacja dawkowania

Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz

c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku *upadacytynibu* albo *baricytynibu albo abrocytynibu;*

4) badanie ogólne moczu;

5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);

6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);

7) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*;

8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;

10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL;

11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) badania biochemiczne:

a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi,

c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym; 7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwskazaniem do terapii - dotyczy *dupilumabu*; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną. 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia	rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię atopowego zapalenia skóry danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocytynibem; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) ocena skuteczności zastosowanej terapii: a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI, b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL. **2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:** 1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków

pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów: a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI), oraz b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI/IDQOL o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji, oraz c) w przypadku leczenia *dupilumabem* osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki; 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11 lat, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia *dupilumabem* rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;		osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia opisanych w pkt 2.1., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

8) ciąża lub laktacja. **4. Ponowne włączenie do programu** 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta; 2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.		

Załącznik B.125.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO RAKA SKÓRY (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie immunologiczne *cemiplimabem*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 2) wiek ≥18 roku życia; 3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Zalecana dawka *cemiplimabu* wynosi **350 mg** podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4; 9) test na HCV, HBV; 10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;

7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;		13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie TSH i FT4; 7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 8) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy – progresję choroby stwierdza się w przypadku:

3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 6) związane z leczeniem pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania; c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.126.

LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji (łącznie) 1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine); 2) wiek ≥18. roku życia; 3) szybka progresja choroby definiowana jako: a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m^2, lub b) zmniejszenie eGFR ≥ 2,5 ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m^2, lub c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV > 5% na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki > 16,5 cm w badaniu USG. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) eGFR; 2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) aktywność AlAT, AspAT; 5) stężenie elektrolitów w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT; 2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR; 3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwskazania do tego badania; 4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek. **3. Monitorowanie programu**

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny; 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) uzyskanie eGFR<15ml; 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia; 5) hipernatremia; 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego; 7) ciąża lub karmienie piersią.		1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.127.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIĘ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej; 3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) liczba płytek krwi ≤30 000/µl; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę. Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi ≥ 50 000/µl. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: a) wykonywane co 1 miesiąc:

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia; 3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem; 4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii; 5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (≥ 3 x GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem ≥ 3 x wartość wyjściowa lub > 5 x GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.	wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym uniezależnienie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości < 30 000/µl, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do < 9 g/dl lub całkowita liczba neutrofili wyniesie < 0,5 x 109 /l, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	– morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: a) okresowa kontrola okulistyczna; 6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.128.

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, po 6 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: *1) giwosyranem sodowym* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥12 lat; 2) udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu ≥4 × górna granica normy (GGN)	**1. Dawkowanie** Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym. Czasowe wstrzymanie leczenia oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu pomiędzy dawkami, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub aktualną wiedzą medyczną.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; 2) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 3) badanie ogólne moczu; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; 5) ALA i PBG w moczu; 6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych: a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych: – AIP: mutacja w genie *HMBS*, – HCP: mutacja w genie *CPOX*, – VP: mutacja w genie *PPOX*, – ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD, b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%); 3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod		wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA); 7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Raz na miesiąc: 1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym; 2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne; 4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne. **2.2.** Raz na 6 miesięcy: 1) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12; 2) poziom ALA i PBG w moczu. **2.3.** Raz na rok: 1) pełna ocena skuteczności terapii:

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej; a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL; 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego; 3) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia;		a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych, b) liczba dni stosowania heminy rocznie, c) poziom ALA i PBG w moczu, d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 12 miesięcy, w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

4) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) obecność chorób lub stanów klinicznych, które w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią – zgodnie z aktualną ChPL; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.129.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.
W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:
1) lumazyranem sodowym
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) potwierdzenie pierwotnej hiperoksalurii typu 1 (PH1) badaniem molekularnym;
2) przewlekła choroba nerek w stadium I-V:
a) w stadium I-III (eGFR > 30 ml/min/1,73m2) wymagane średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem ≥0,70 mmol /1,73 m^2/24h oraz stwierdzenie braku efektywności terapii witaminą B_6 (pirydoksyną) rozumiane jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem ≥ 30% w okresie co najmniej 3- miesięcznym,
albo</td>
<td>1. Dawkowanie
Stosowanie lumazyranu sodowego obejmuje dawki nasycające podawane raz w miesiącu przez 3 miesiące, a następnie dawki podtrzymujące podawane po miesiącu od ostatniej dawki nasycającej, zależne od masy ciała:
1) masa ciała poniżej 10 kg:
– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,
– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu;
2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg:
– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,
– dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące;
3) masa ciała 20 kg i więcej:
– dawka nasycająca 3 mg / kg m.c.,
– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) wynik badania genetycznego potwierdzającego rozpoznanie PH1;
2) pomiar wzrostu i masy ciała;
3) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;
4) ocena laboratoryjna:
a) średnia z co najmniej dwukrotnej oceny dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m^2/24h) - u pacjentów w stadium I-III przewlekłej choroby nerek,
b) ocena stężenia szczawianów w osoczu - u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w stadium IV-V,
c) morfologia krwi,
d) stężenie kreatyniny w surowicy z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci),
e) stężenie mocznika w surowicy,
f) stężenie kwasu moczowego w surowicy,
g) stężenie białka całkowitego w surowicy,
h) stężenie albumin w surowicy,
i) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) w surowicy,
j) aktywność transaminazy asparaginianowej (AST) w surowicy,</td>
</tr>
</table>

b) w stadium IV-V (eGFR < 30 ml/min/1,73m^2) wymagane wykazanie wysokiego prawdopodobieństwa niewrażliwości na leczenie witaminą B_6 (pirydoksyną) rozumianego jako obecność związanych z tym patogennych wariantów genu *AGXT* lub w przypadku wariantów potencjalnie pirydoksynowrażliwych - brak oczekiwanego spadku lub narastanie stężenia szczawianów w osoczu podczas leczenia witaminą B6 w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 3) brak przeszczepienia wątroby w wywiadzie; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 6) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.	k) aktywność fosfatazy zasadowej (ALP) w surowicy, l) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy, m) stężenie elektrolitów w surowicy (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), n) ocena układu krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), o) gazometria krwi żylnej (pH i stężenieHCO_3), p) badanie ogólne moczu u pacjentów z zachowaną diurezą, 5) USG układu moczowego. **2. Monitorowanie leczenia** Badania wykonuje się co 3 miesiące: 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała; 2) ocena laboratoryjna: a) średnia z co najmniej dwukrotnej oceny dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m2/24h) - - u pacjentów w stadium I-III przewlekłej choroby nerek, b) ocena stężenia szczawianów w osoczu - u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w stadium IV-V, c) morfologia krwi, d) stężenie kreatyniny w surowicy z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), e) stężenie mocznika w surowicy, f) stężenie kwasu moczowego w surowicy, g) stężenie białka całkowitego w surowicy, h) stężenie albumin w surowicy, i) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) w surowicy,

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespól Koordynacyjny rozumiany jako: a) brak redukcji wydalania szczawianów z moczem >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – dotyczy pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w stadium I-III; b) utrzymywanie się poziomu szczawianów w osoczu >80 µmol/l w 12 miesięcznym okresie obserwacji - dotyczy pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w stadium IV-V; 2) przeszczepienie wątroby; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) obecność chorób lub stanów klinicznych, które w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży lub karmienia piersią, gdy w opinii lekarza prowadzącego ryzyko związane z leczeniem przewyższa potencjalne korzyści kliniczne; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		j) aktywność transaminazy asparaginianowej (AST) w surowicy, k) aktywność fosfatazy zasadowej (ALP) w surowicy, l) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy, m) stężenie elektrolitów w surowicy (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), n) ocena układu krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), o) gazometria krwi żylnej (pH i stężenieHCO_3), p) badanie ogólne moczu u pacjentów z zachowaną diurezą, 3) USG układu moczowego. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) procentowa zmiana i bezwzględna wartość dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m^2/24h) - u pacjentów w stadium I-III przewlekłej choroby nerek,

		b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny wskaźnika eGFR, c) procentowa zmiana i bezwzględna wartość stężenia szczawianów w osoczu - u pacjentów w stadium IV-V przewlekłej choroby nerek. 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.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBĄ CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu. 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: a) całkowita liczba neutrofilów ≥ 1,0 x 10^9/l, b) liczba płytek ≥ 50 x 10^9/l, c) hemoglobina < 170 g/l (10,6 mmol/l); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *siltuksymabem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie *siltuksymabu* zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych

2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu. Leczenie *siltuksymabem* powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiekolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksyma*b lub którykolwiek ze składników preparatu; 2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO; 3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2. stopnia) objawów związanych z chorobą; 4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3. stopnia; 5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG; 6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano; 7) ciąża i laktacja.		zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN). 1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC; 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0; 3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 5) aktywność AspAT, AIAT; 6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa). Badania wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące; 4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

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

Załącznik B.132.

ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIENIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię:
1) letermowirem,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT);
2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV;
3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym);</td>
<td>1. Dawkowanie leku
1.1. letermowir
1.1.1. dorośli pacjenci:
Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę.

1.1.2. pediatryczni pacjenci
Pacjenci o masie ciała (mc.) >30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.

Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy;
2) ocena wydolności wątroby:
a) oznaczenie stężenie bilirubiny w surowicy krwi,
b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi,
c) oznaczenie INR,
d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
e) określenie skali Child-Pugh;
3) ocena wydolności nerek:
a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
b) oznaczenie wskaźnika eGFR.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia
2.1. pediatryczni pacjenci
1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:</td>
</tr>
</table>

5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m2) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m2) zaburzenia czynności nerek. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.	doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. <18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV, b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej); 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.133.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami: 1) toksyna botulinowa typu A 2) eptinezumab 3) erenumab 4) fremanezumab W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorders*, ICHD);	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). **1. Toksyna botulinowa** Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j. Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku. **2. Eptinezumab** 100 mg eptinezumabu podane w infuzji dożylnej co 12 tygodni. **3. Erenumab**	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. **2. Badania podczas monitorowania leczenia** 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (± 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL), b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego);	140 mg erenumabu we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie. **4. Fremanezumab** 225 mg fremanezumabu we wstrzyknięciu podskórnym raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.	W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy: 1) liczba dni z bólem głowy, 2) typ bólu głowy, 3) natężenie bólu, 4) czas trwania, 5) objawy towarzyszące, 6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)** 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD); 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród: a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),		

b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę, c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%) albo nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy) albo nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		

5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego; 6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych Charakterystykach Produktu Leczniczego; 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia. **2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu** Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz. **2.1.** Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz		

może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A. U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **2.2.** Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej. Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP. U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu. **3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:** **3.1.** W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregokolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej. Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem) W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.		

3.2. W II linii leczenia okres podawania eptinezumabem albo erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej. Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu. W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR. Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy; 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych; Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.		

3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.		

Załącznik B.135.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ ŚRÓDMIĄŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie: 1) Nintedanibem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc: – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD), – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), 2) Rytuksymabem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc (ośrodki reumatologiczne i pulmonologiczne) – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD) w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej, – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), 3) Tocilizumabem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc (ośrodki reumatologiczne i pulmonologiczne): – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.	**1. Dawkowanie** **1.1. Nintedanib** **Maksymalna dawka dobowa:** 300 mg, W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem. Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardziny układowej, zgodnie z rekomendacjami	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza), 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), 3) badanie morfologii krwi z rozmazem (u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów), 4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, 5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy, 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), 8) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 9) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD, 10) oznaczenie miana p/ciał aCCP (dotyczy kwalifikacji do PF-ILD),

Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:

1) wiek 18 lat i powyżej,
2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR),
3) FVC ≥ 40% wartości należnej,
4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej,
5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym,
6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktów Leczniczych (ChPL) – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym,
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii,
8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne ChPL,
9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL.

i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.

Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.

U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.

1.2. Rytuksymab

Cykl leczenia rytuksymabem składa się z dwóch infuzji dożylnych po 1000 mg każda podawanych w odstępie 2 tygodni. Kolejne cykle, w zależności od odpowiedzi klinicznej, mogą być podawane w odstępie nie krótszym niż 6 m-cy od podania drugiej infuzji poprzedniego

11) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA (dotyczy kwalifikacji do PF-ILD),
12) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF, a w przypadku wyniku dodatniego oznaczenie profilu ANA,
13) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III - dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,
14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza),
15) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,
16) badanie elektrokardiograficzne (EKG),
17) badanie ECHO serca,
18) badanie spirometryczne (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),
19) badanie wskaźnika transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),
20) badanie TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją),
21) badanie gazometrii krwi lub pulsoksymetria,
22) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza),
23) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),
24) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia nintedanibem:
    a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,
    b) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),
    c) oznaczenie wskaźnika INR,
25) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem:

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia:

1.2.1. pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową nintedanibem lub rytuksymabem lub tocilizumabem:

1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,
2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów a-c:
   a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano:
      – spadek wartości FVC o co najmniej 10%,

      lub

      – spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,

      pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych,

   lub

   b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,

   lub

   c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

cyklu.

W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, dopuszcza się możliwość prowadzenia terapii skojarzonej rytuksymab + nintedanib.

1.3. Tocilizumab

Tocilizumab w postaci dożylnej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce nie większej niż 8 mg/kg masy ciała.

Zalecana maksymalna dawka tocilizumabu w postaci podskórnej wynosi 162 mg, podawane podskórnie raz w tygodniu.

Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną lub rekomendacjami.

W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, dopuszcza się możliwość prowadzenia terapii skojarzonej tocilizumab + nintedanib.

2. Modyfikacja dawkowania

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

   a) test IGRA,
   b) oznaczenie antygenu HBs,
   c) oznaczenie przeciwciał anty- Hbc,
   d) oznaczenie przeciwciał anty-HCV,
   e) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo),
   f) oznaczenie stężenia IgG, IgM, IgA,

26) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia tocilizumabem:
   a) test IGRA,
   b) oznaczenie antygenu HBs,
   c) oznaczenie przeciwciał anty- Hbc,
   d) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo),
   e) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów.

2. Monitorowanie leczenia

1) badania laboratoryjne
   a) badanie morfologii krwi z rozmazem (u pacjentów leczonych tocilizumabem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów),
   b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,
   c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),
   d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   e) dodatkowo w przypadku leczenia nintedanibem:
      – oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,
      – oznaczenie wskaźnika INR,

1.2.2. pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD) nintedanibem lub rytuksymabem: 1) rozpoznanie w przypadku nintedanibu: a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, lub b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiąższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonym w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, 2) rozpoznanie w przypadku rytuksymabu: a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, 3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów a-c: a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy: – spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub		– oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT), f) dodatkowo w przypadku leczenia rytuksymabem: – oznaczenie stężenia IgG, IgM, IgA, g) dodatkowo w przypadku leczenia tocilizumabem: – oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów. Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (±15 dni), po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia nintedanibem lub po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem lub po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia tocilizumabem. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±3 miesiące). 2) badania czynnościowe układu oddechowego: a) badanie spirometryczne, b) badanie wskaźnika transferu płucnego dla CO (TLco), c) badanie gazometrii krwi lub pulsoksymetria. Wymienione badania powinny być wykonywane po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia. 3) badanie obrazowe płuc: a) badanie TKWR klatki piersiowej. Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (±3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;

– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub – progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych, pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane było przez okres co najmniej 3–6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub w razie braku odpowiedniego lub rekomendowanego leczenia bezpośrednio po stwierdzeniu fenotypu postępującego włóknienia lub b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej, lub c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.		4) badania układu krążenia: a) badanie elektrokardiograficzne (EKG) po każdych 6 miesiącach (±3 miesiące), b) badanie ECHO serca po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny co 12 miesięcy. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym chorych na chorobę śródmiąższową płuc w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, który podsumowuje wyniki leczenia chorych na śródmiąższowe choroby płuc nie związane z chorobą układową tkanki łącznej na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu przedstawionymi w punkcie 3. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. W przypadku przerwy w leczeniu wynoszącej 6 miesięcy i więcej, schemat monitorowania (kolumna III pkt 2 podpunkty 1-4) należy ponowić jak w przypadku pacjentów rozpoczynających terapię. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako bezwzględne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy (±3 miesiące) leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach (±3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni, 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia, 3) okres ciąży lub karmienia piersią,		aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt.2; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, lub rytuksymabem lub tocilizumabem zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, 2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący, 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania substancji czynnej finansowanej w programie z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii		

lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem lub rytuksymabem lub tocilizumabem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.		

Załącznik B.136.FM.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŹLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**DAWKOWANIE LEKÓW**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami: **A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);** **B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).** W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linie leczenia. **1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym możliwym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem do programu albo brak możliwości zastosowania innego skutecznego leczenia gruźlicy płuc;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 1) zdjęcie RTG klatki piersiowej; 2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny); 3) badanie EKG; 4) pomiar BMI; 5) test ciążowy; 6) test na obecność na wirusa HIV; 7) badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfampicynę, fluorochinolon lub b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem, które w opinii lekarza były zgodne z leczeniem lub

4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL); 6) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii; 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl; 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 12) wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego dla chorych < 18 r. ż. na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.		c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:** 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami. W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę. **2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:** 1) morfologia krwi. **2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:** 1) badanie EKG. **2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:** 1) badanie plwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem. **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) w przypadku MDR-TB: a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii lub b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem: – PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów, – leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii; 4) w przypadku XDR-TB: a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfampicynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji; 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego plwociny, b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

7) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii; 9) brak nadużywania alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 10) BMI > 17 kg/m^2 w przypadku osób ≥ 18 r.ż, w przypadku pacjentów < 18 r.ż. z-score dla BMI nie niższy niż -2,5; 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl; 12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem; 14) wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego dla chorych < 18 r. ż. na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Całkowita długość leczenia w programie wynosi 26 tygodni. U pacjentów, u których po 26 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancje pomocniczą;		

2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postepowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) BMI < 17 kg/m^2 w przypadku osób ≥ 18 r.ż, w przypadku pacjentów < 18 r.ż. z-score dla BMI nie niższy niż -2,5; (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem); 7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl.		

Załącznik B.137.FM.

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
1. Kryteria kwalifikacji
1) wiek ≥ 18 lat;
2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD);
3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów:
a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku;
b) cPRA>=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i:
i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub
ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;</td>
<td>1. Dawkowanie
Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL).

2. Terapia immunosupresyjna
Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA;
2) próba krzyżowa.

2. Monitorowanie leczenia
2.1. Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy):
1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny;
2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);
3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);
4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg);
5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);</td>
</tr>
</table>

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki. W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek; 5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności; 6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki; 7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) trwające poważne zakażenie; 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP); 5) negatywny wynik próby krzyżowej.		6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku), b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu, c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata, d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał), e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu, f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.138.FM.

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek powyżej 12 roku życia; 2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych; 3) potwierdzenie obecności przeciwciał anty-AQP4; 4) EDSS od 0 do 6,5 włącznie; 5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6; 7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się	**1. Dawkowanie** **Satralizumab** może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobowa 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobowa 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobowa 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) badanie ogólne moczu, c) CRP, d) AST, ALT, e) lipidogram; 2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD; 3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anty-AQP4; 4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy); 7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygenu HBs), HCV (brak przeciwciał anty-HCV, a w

stosowanie antykoncepcji. Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia. Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia; 3) aktywny nowotwór złośliwy; 4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anty-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;		przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową); 8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo). **2. Monitorowanie leczenia** 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu; 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog); 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych; 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych; 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem. **3. Monitorowanie programu** 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: – czas do wystąpienia rzutu, – częstość rzutów, – jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D); – czas do zgonu, Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii; 7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdych pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia. Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. **4. Kryteria wyłączenia** Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicja w pkt. 3; 2) EDSS 8,5 lub więcej; 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL; 4) aktywny nowotwór złośliwy; 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;		i. wzrost o ≥ 1,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o ≥2,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o ≥ 2,0 pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, móżdżkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o ≥1,0 pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0, iv. wzrost o ≥1,0 pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR). b) oczekiwane korzyści zdrowotne: – czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;

6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.		2) ocena bezpieczeństwa: a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) data rozpoczęcia leczenia, b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby, c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D), e) data zgonu, f) data zakończenia leczenia; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.139.

LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI UKŁADU POKARMOWEGO Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)		
1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [^{68}Ga]Ga-SSA) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) udokumentowana progresja choroby w czasie 15 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę. 177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [^{68}Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;

5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane: a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events), b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,		10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna. **3. Monitorowanie programu** 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na

d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		żądanie kontrolerom NFZ.
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)		
1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);

poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67≤20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [^{68}Ga]Ga-SSA) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) progresja choroby oceniona według kryteriów, klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST, w oparciu o TK lub MR podczas ostatnich 3 lat podczas leczenia analogami somatostatyny; 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia	177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [^{68}Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu 177Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji 177Lu-DOTATATE. 2) scyntygrafia poterapeutyczna.

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: Kryteria przerwania terapii: 1) trwałe (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane; a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events, b) jakiekolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%, d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		

Załącznik B.140.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór: a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub c) syntetazy argininobursztynianowej, lub d) liazy argininobursztynianowej, lub e) arginazy I, lub	**1. Dawkowanie** Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) stężenie amoniaku we krwi; 2) profil aminokwasów w osoczu; 3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową); 4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu; 5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu; 6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię; 7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego); 8) konsultacja neurologa; 9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie); 10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemia-homocytrulinuria); 2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie** 1) nadwrażliwość na substancję czynną; 2) leczenie ostrej hiperamonemii. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie** Spełnienie któregokolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylooctan lub fenylomaślan; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.		**2. Monitorowanie leczenia** Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku): 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii; 2) stężenie amoniaku we krwi; 3) stężenie aminokwasów w osoczu; 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym); 5) konsultacja neurologa; 6) konsultacja dietetyka. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.141.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami: 1) *awelumab*; 2) *niwolumab*; 3) *niwolumab w skojarzeniu z gemcytabiną i cisplatyną w leczeniu pierwszej linii*; 4) *pembrolizumab*; 5) *enfortumab wedotyny*; 6) *erdafitynib*; ***Awelumab*** stosowany jest w pierwszej linii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny. ***Niwolumab*** stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza ≥ 1% i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0. ***Niwolumab* w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną** stosowany jest w leczeniu pierwszej linii raka urotelialnego w stadium	**1. Dawkowanie** 1) Dawka *awelumabu*: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka *niwolumabu* w leczeniu uzupełaniającym: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka *niwolumabu* z skojarzeniu z *cisplatyną i gemcytabiną*: 360 mg co 3 tygodnie, przez 6 cykli a następnie 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 4) Dawka *pembrolizumabu*: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni; 5) Dawka *enfortumabu wedotyny*: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała ≥100 kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu.; 6) Dawka *erdafitynibu*: zalecana dawka początkowa to 8 mg na dobę, którą należy modyfikować na podstawie wyników badań, zgodnie z zapisami ChPL. Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii *niwolumabem* w leczeniu uzupełniającym; 3) ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych *FGFR3* – dotyczy terapii *erdafitynibem*; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii *awelumabem, niwolumabem* oraz pembrolizumabem; 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii *awelumabem*; 11) oznaczenie stężenia glukozy; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);

miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia. ***Pembrolizumab*** stosowany jest w monoterapii w drugiej linii leczenia raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u osób dorosłych, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej chemioterapii opartej na pochodnych platyny. ***Enfortumab wedotyny*** stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). ***Erdafitynib*** stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, u pacjentów z podatnymi zmianami genetycznymi FGFR3, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**	aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	13) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy – dotyczy terapii *erdafitynibem;* 14) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii *pembrolizumabem*; 15) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 16) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 17) TK lub MRI klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; 18) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) TK lub MRI mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 21) elektrokardiogram (EKG); 22) pomiar ciśnienia tętniczego; 23) pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii *erdafitynibem.* Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1. **2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny;

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego; 2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej; 3) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG dla erdafitynibu) lub 0-1 według kryteriów ECOG dla pozostałych leków w programie; 4) wiek 18 lat i powyżej; 5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;		4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia glukozy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii pembrolizumabem; 8) badanie ogólne moczu – dotyczy terapii pembrolizumabem; 9) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 10) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni); 11) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych); 12) w przypadku stosowania niwolumabu - badania wykonuje się przed każdym podaniem niwolumabu, nie rzadziej niż co 4 tygodnie; 13) między dniem 14 a 21 w przypadku stężenia fosforanów, a następnie co miesiąc – dotyczy terapii *erdafitynibem;* 14) co miesiąc w przypadku badania okulistycznego (po okresie pierwszych 4 miesięcy leczenia co 3 miesiące lub częściej w razie wskazań klinicznych) – dotyczy terapii *erdafitynibem.* **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru; 2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii** **1.2.1. Awelumabem** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli *cisplatyny* z *gemcytabiną* lub *karboplatyny* z *gemcytabiną*); 3) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej; 4) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby; 5) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii; 6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 7) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone). **1.2.2. Niwolumabem** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności		Badania wykonuje się: 4) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 5) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. 3.1. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *awelumabu, niwolumabu, pembrolizumabu oraz erdafiynibu*: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny- dotyczy terapii *awelumabem, niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną, pembrolizumabem oraz erdafitynibem*; 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem w leczeniu uzupełaniającym*; 4) zdarzenia niepożądane. 3.2. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *enfortumabu wedotyny*: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek

przerzutów odległych; 2) przeprowadzenie radykalnej cystekomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia (dotyczy jedynie raka urotelialnego pęcherza moczowego i moczowodu); 3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na *cisplatynie*; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie, b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1%. **1.2.3. Niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną w leczeniu pierwszej linii**		przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca; 3) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%; 4) mediana DoR - czas od pierwszej obiektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca; 5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: - odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa (PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub - stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie *enfortumabem wedotyny* wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);

1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) brak wcześniejszej ogólnoustrojowej terapii przeciwnowotworowej z powodu przerzutowego lub nieoperacyjnego raka urotelialnego; 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); **1.2.4. Pembrolizumabem** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka urotelialnego w oparciu o chemioterapię zawierającą pochodne platyny (progresja po 1. linii leczenia paliatywnego) lub wznowa w ciągu 12 miesięcy od zakończenia wcześniejszego leczenia przed- lub pooperacyjnego pochodnymi platyny; 3) ustąpienie wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia. **1.2.5. Enfortumabem wedotyny** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). **1.2.6. Erdafitynibem** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) obecność podatnych zmian genetycznych *FGFR3*; 3) progresja radiologiczna choroby podczas lub po terapii z inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.		

W przypadku terapii uzupełniającej *niwolumabem* leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni. W przypadku terapii *niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną* w pierwszej linii leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia, dotyczy terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1),.może wynosić 12 tygodni pod warunkiem całkowitego ustąpienia niepożądanych działań związanych z immunoterapią i zakończenia stosowania kortykosteroidów. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii *awelumabem, pembrolizumabem, enfortumabem wedotyny, erdafitynibem lub niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną;* 2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem w leczeniu uzupełniającym*; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według skali ECOG (dla		

erdafitynibu) lub do stopnia 2-4 według skali ECOG (dla pozostałych leków w programie); 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.142.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.0, D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego pacjentom z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji udostępnia się terapię *luspaterceptem*, w pierwszej linii leczenia lub kolejnych liniach leczenia (po niedostatecznej odpowiedzi na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę), zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) zdiagnozowany zespół mielodysplastyczny (ang. myelodysplastic syndromes, MDS) o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS; 4) niedokrwistość zależna od przetoczeń (≥3 jednostki kkcz w ciągu 16 tygodni w co najmniej 2 epizodach przetoczeń – w okresie przed kwalifikacją do programu) w przebiegu MDS; 5) stężenie endogennej erytropoetyny (eEPO) ≤500 mU/ml – nie dotyczy MDS z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy ≥15% syderoblastów pierścieniowatych lub ≥5% syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji *SF3B1*);	**1. Dawkowanie leku** ***1.1. luspatercept*** Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Luspatercept: Zalecana dawka początkowa *luspaterceptu* to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie. W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c. Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c. Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania leku**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia endogennej erytropoetyny (eEPO); 3) ocena syderoblastów pierścieniowatych lub oznaczenie mutacji *SF3B1* u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych ≥5% i ≤ 15% – dotyczy rozpoznania MDS z syderoblastami pierścieniowatymi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia** 1) morfologia krwi obwodowej – wykonywana przed każdym podaniem *luspaterceptu*. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 11) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby podstawowej (MDS);	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku.	przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) poprawa hematologiczna-erytroidalna (HI-E) – niezależność od przetoczeń kkcz w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z małym obciążeniem transfuzjami – LTB), b) większa odpowiedź HI-E – niezależność od przetoczeń kkcz w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB), c) mniejsza odpowiedź HI-E – zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkcz przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

2) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) okres niezależności od przetoczeń kkcz ≥ 8 tygodni – kryterium dla chorych z małym (LTB) lub dużym obciążeniem transfuzjami (HTB), b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkcz przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu – kryterium dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami (HTB); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.143.

LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.

1. Kryteria kwalifikacji
1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku:
a) >90 μmol/l u dzieci,
b) >50 μmol/l u dorosłych,
w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS.
Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</td>
<td>1. Dawkowanie
Początkowa dawka dobowa powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg.
Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL.
Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połknąć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłębnik nosowo-żołądkowy.
Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego;
2) stężenie amoniaku w osoczu;
3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy;
4) morfologia z rozmazem;
5) gazometria krwi;
6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS;
7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi;
8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/wysokości ciała, BMI);
9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;
10) ciśnienie tętnicze krwi;
11) EKG;</td>
</tr>
</table>

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja dietetyczna; 14) konsultacja psychologiczna. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii** 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) gazometria krwi; 4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy; 5) morfologia z rozmazem; 6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI); 7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 8) EKG; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja dietetyczna; 11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb; 12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach). Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

		Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.144.

LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie substancjami: 1) *entrektynib*, 2) *larotrektynib*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litego; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, *next-generation sequencing*) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1.1. Entrektynib** Zalecana dawka *entrektynibu* u dorosłych to 600 mg raz na dobę. Zalecana dawka *entrektynibu* u dzieci i młodzieży to 300 mg/m^2 raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m^2 lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m^2 na dobę. **1.2. Larotrektynib**	**1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litego; 2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. **2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem;

chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych; 4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK; 5) wiek od 12 roku życia - w przypadku *entrektynibu*; 6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny; 7) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 8) stan sprawności: a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego, b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w	Zalecana dawka *larotrektynibu* u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę. Zalecana dawka *larotrektynibu* u dzieci i młodzieży to 100 mg/m^2 dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.	2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) EKG. Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta). W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN); 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE) zgodnie z zapisami ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektynib/larotrektynib* lub na substancję pomocniczą; 5) obniżenie sprawności:		– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG, b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *entrektynibem /larotrektynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.145.

LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWĄ AMYLOIDOZĘ ŁAŃCUCHÓW LEKKICH (AL) (ICD-10: E85.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapię: 1) w I linii leczenia: ***daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem***, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) uprzednio nieleczona układowa amyloidoza łańcuchów lekkich (AL); 4) eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m^2 pc.; 5) stężenie NT-proBNP ≤ 8 500 ng/l; 6) skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90mmHg; 7) brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 9) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	**1. Dawkowanie leków** **1.1.** ***daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. podawana podskórnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Cyklofosfamid: zalecana dawka 300 mg/m^2 pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Deksametazon: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku > 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] <18,5 lub u pacjentów z hiperwolemią, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL: a) wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo, b) bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, c) wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytów na podstawie stwierdzenia białka M (badanie elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu) lub dysproporcji sFLC (badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy) lub obecności klonalnych plazmocytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); 2) ocena zajęcia narządowego – serce: a) oznaczenie stężenia NT-proBNP, b) oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I, c) pomiar wartości ciśnienia tętniczego, d) badanie echokardiograficzne serca, e) elektrokardiografia (EKG), f) rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany); 3) ocena zajęcia narządowego – wątroba:

10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż: 1) maksymalny czas terapii *daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem* w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym daratumumab z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli daratumumab jest podawany w monoterapii.	podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) ultrasonografia (USG) wątroby; 4) ocena zajęcia narządowego – nerki: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione); 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny;

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako: a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC), lub b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby); 2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		7) oznaczenie stężenia NT-proBNP; 8) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu; 2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP; 4) w przypadku zajęcia wątroby: a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, b) ultrasonografia (USG) wątroby; 5) w przypadku zajęcia nerek: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione); Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź hematologiczna: – całkowita odpowiedź (CR), – bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), – częściowa odpowiedź (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy), c) przeżycie bez progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

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

Załącznik B.146.

LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię ***zanubrutynibem w monoterapii***: 1) w 1. linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, albo 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta: a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii, albo b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia; 4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM);	**1. Dawkowanie leku** **1.1. *zanubrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę. Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja); 2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytowego – w przypadku stosowania zanubrutynibu w 1. linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej; 3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych); 4) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, c) oznaczenie wskaźnika eGFR; 5) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

5) liczba neutrofili $\geq 0{,}75 \times 10^9/l$ i liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (niezależnie od stosowania G-CSF i transfuzji płytek krwi); 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		7) badania oceniające zaawansowanie choroby (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy albo rezonans magnetyczny albo USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej – rodzaj badania do decyzji lekarza) – jeśli nie zostały wykonane w okresie ostatniego 1 miesiąca; 8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 9) elektrokardiografia (EKG); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane: 1) raz na miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) raz na 3 miesiące: a) elektrokardiografia (EKG). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia IgM w surowicy (celem potwierdzenia całkowitej remisji oznaczenie

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		monoklonalnego białka IgM w surowicy – proteinogram i immunofiksacja); 2) raz na 6 miesięcy – badania oceniające zaawansowanie choroby (USG lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) – konieczność wykonywania badań obrazowych oraz rodzaj badania do decyzji lekarza. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), c) częściowa odpowiedź (PR),

		d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.147.

LECZENIE CHORYCH NA DEPRESJĘ LEKOOPORNĄ (ICD-10: F33.1, F33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria włączenia do programu Do leczenia *esketaminą* w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia; 2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2; 3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym (20-34) lub ciężkim (35-60) wg skali MADRS; 4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami; 5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego; 6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji; 7) co najmniej drugi epizod depresji;	**1. Dawkowanie** W trakcie leczenia esketaminą w ramach programu lekowego leczeniem towarzyszącym jest terapia doustnym lekiem przeciwdepresyjnym z grupy SSRI lub SNRI. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL). **1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.** **Faza indukcji:** – **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia. **Faza podtrzymująca:** – **tygodnie 5-8:** 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, – **od 9 tygodnia:** 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS; 2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: a) zaburzeń osobowości, b) choroby afektywnej dwubiegunowej, c) uzależniania od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) badania laboratoryjne służące ocenie wydolności narządowej; 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);

8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;
9) wykluczenie rozpoznanie zaburzeń osobowości typu *borderline* lub choroby afektywnej dwubiegunowej;
10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);
11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania).

Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.

1.2. Pacjenci od 65 roku życia

Faza indukcji:

– **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

Faza podtrzymująca:

– **tygodnie 5-8:** 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,
– **od 9 tygodnia:** 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.

1.3. W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.

2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:
   a) w fazie indukcji:
      – jeden raz w tygodniu,
      – po koniec fazy indukcji w celu oceny **skuteczności terapii** warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia,
   b) w fazie podtrzymującej:
      – przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej **utraty skuteczności terapii** (nawrót choroby) – zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub **uzyskania remisji** (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10) lub **trwałej remisji** (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia (wynik w skali MADRS, redukcja wyniku w skali MADRS pod koniec fazy indukcji, utrata skuteczności terapii, remisja) z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak potwierdzonej **skuteczności leczenia** pod koniec fazy indukcji (redukcja wyniku w skali MADRS o mniej niż 50% w porównaniu do wyniku z badania kwalifikującego do programu); 2) **utrata skuteczności terapii** w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS > 22 w trakcie dwóch kolejnych badań); 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 5) hospitalizacja z powodu nasilenia się depresji lub innego klinicznie istotnego zdarzenia określonego na podstawie oceny klinicznej jako wskazującego na nawrót choroby depresyjnej takiej jak - próby samobójcze lub hospitalizacja w celu zapobiegania samobójstwom; 6) zmiana towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego (z przyczyn innych niż nietolerancja doustnego leku przeciwdepresyjnego).		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.148.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium: I. w I linii leczenia systemowego: 1) dostarlimab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimab w monoterapii; 2) durwalumab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej durwalumab w monoterapii lub w skojarzeniu z olaparybem w zależności od statusu molekularnego guza; 3) pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej pembrolizumabem w monoterapii; II. w kolejnej linii leczenia systemowego: 1) dostarlimab w monoterapii; 2) pembrolizumab w monoterapii. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.	**1. Dawkowanie** **1.1. Dostarlimab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia** Zalecana dawka wynosi 500 mg dostarlimabu w skojarzeniu z karboplatyną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m2 pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie dostarlimab w monoterapii 1000 mg co 6 tygodni (3 tygodnie pomiędzy cyklem 6, a cyklem 7). **1.2. Durwalumab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie durwalumab w monoterapii lub w skojarzeniu z olaparybem w I linii leczenia** Zalecana dawka wynosi 1120 mg durwalumabu w skojarzeniu z karboplatyną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m2 pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 4-6 cyklach. Przerwa między cyklem 6 a cyklem 7 wynosi 3 tygodnie i od 7 cyklu durwalumab podawany jest w dawce 1500 mg co 4 tygodnie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) ocena obecności niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) – dopuszczalna jest ocena na podstawie wyniku wykonanego wcześniej testu w kierunku MMR lub MSI, o ile badanie przeprowadzone było zwalidowaną metodą diagnostyczną; 9) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
4) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii;
5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
8) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

Maksymalna całkowita dawka dobowa olaparybu w skojarzeniu z durwalumabem wynosi 600 mg. Leczenie należy rozpocząć co najmniej 3 tygodnie do maksymalnie 9 tygodni po dniu ostatniego wlewu chemioterapii.

Nie zaleca się zmniejszania dawki durwalumabu.

1.3. Pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia

Zalecana dawka pembrolizumabu 200 mg co 3 tygodnie w skojarzeniu z karboplatyną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m2 pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie pembrolizumab w monoterapii 400 mg co 6 tygodni.

1.4. Dostarlimab w monoterapii w kolejnej linii leczenia

Zalecana dawka w monoterapii wynosi 500 mg dostarlimabu co 3 tygodnie w pierwszych 4 cyklach, a następnie 1000 mg co 6 tygodni we wszystkich kolejnych cyklach (3 tygodnie pomiędzy cyklem 4, a cyklem 5).

1.5. Pembrolizumab w monoterapii w kolejnej linii leczenia

Zalecana dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to zarówno 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.

Nie dopuszcza się możliwości zamiany leków.

12) EKG;
13) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;
6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);
7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);
8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;
9) EKG;
10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania laboratoryjne wykonuje się:

<u>w przypadku I linii leczenia systemowego:</u>

Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące.

Durwalumab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem durwalumabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące.

1.2.1. dostarlimabem w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimabem w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego (w przypadku postaci mieszanych co najmniej 10% komórek muszą stanowić mięsakoraki, raki jasnokomórkowe lub surowicze): a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV: – w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej, – w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej, lub b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV, lub c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią, lub d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, których doszło do progresji choroby po co najmniej 6 miesiącach od zakończenia chemioterapii. 2) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu.	**2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	Olaparyb – co 1 miesiąc (nie dotyczy pkt 6,7,8). Pembrolizumab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem pembrolizumabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące. w przypadku kolejnej linii leczenia systemowego: Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu w monoterapii) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. Pembrolizumab – co 3 lub co 6 tygodni (tzn. przed każdym podaniem, w zależności od wybranego schematu podawania) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. **2.2. Monitorowanie skuteczności** 1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy; 2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

1.2.2. durwalumabem w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem z olaparybem lub bez olaparybu w zależności od statusu molekularnego guza 1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego (w przypadku postaci mieszanych co najmniej 10% komórek muszą stanowić mięsakoraki, raki jasnokomórkowe lub surowicze): a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV: – w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej, – w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej, lub b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV, lub c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią, lub d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, gdy doszło do progresji choroby po co najmniej 12 miesiącach od zakończenia chemioterapii. 2) potwierdzenie statusu MMR/MSI guza zwalidowanym testem: a) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem. albo b) brak zaburzeń systemu naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair proficient, pMMR) lub bez wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite stable; bez MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem z olaparybem. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza. **1.2.3. pembrolizumabem w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej pembrolizumebem w monoterapii** 1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy rak endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV: – w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej, – w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej, lub		

b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV, lub c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią, lub d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, gdy doszło do progresji choroby po co najmniej 12 miesiącach od zakończenia chemioterapii. 2) zidentyfikowana obecność albo brak obecności upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza.		
1.2.4. dostarlimabem albo pembrolizumabem w monoterapii w kolejnej linii leczenia systemowego 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium ≥IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii. 3) progresja choroby w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę; 4) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch		

repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z wyjątkiem: 1) stosowania dostarlimabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 36 miesięcy. 2) stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 20 cykli (6 cykli z chemioterapią, a następnie 14 cykli w monoterapii). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab albo durwalumab albo olaparyb albo pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym		

nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.149.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego pacjentom z: 1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo 2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), udostępnia się terapię ruksolitynibem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) wiek 12 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	**1. Dawkowanie leku** **1.1. ruksolitynib** Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg). **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)** 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC; 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych: a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki ≥2,0 mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika, b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni, c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.		**2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)** 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi; 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parvowirus B19 i innych). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)** 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC. **3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)** 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health); 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych: a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce ≥1,0 mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce ≥0,5-1,0 mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie, b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce ≥0,5 mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc, c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) w przypadku aGvHD: – całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii, – częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii, – brak odpowiedzi (NR), b) w przypadku cGvHD: – całkowita odpowiedź na leczenie, – częściowa odpowiedź na leczenie, – brak odpowiedzi (NR), c) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; 2) brak jakiejkolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie: a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD, b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		

Załącznik B.150.

LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *anifrolumabem,* 2) *rytuksymabem* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) do terapii anifrolumabem pacjenci w wieku ≥ 18 lat: a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR, oraz b) z aktywną chorobą definiowaną jako: i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub	**1. Dawkowanie** **1.1. Anifrolumab** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylnej trwającej 30 minut. **1.2. Rytuksymab** Cykl leczenia składa się z dwóch infuzji dożylnych po 1000 mg każda podawanych w odstępie 2 tygodni. Kolejne cykle, w zależności od odpowiedzi klinicznej, mogą być podawane w odstępie nie krótszym niż 6 m-cy od podania drugiej infuzji poprzedniego cyklu. W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, może być ustalony odmienny schemat dawkowania i jednorazowa dawka rytuksymabu dla indywidualnego pacjenta.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) odczyn Biernackiego (OB); 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów; 4) płytki krwi (PLT); 5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy; 6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT); 7) aminotransferaza alaninowa (AST); 8) kinaza kreatynowa (CK); 9) badanie ogólne moczu; 10) białko w dobowej zbiórce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu; 11) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF; 12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA); 13) dsDNA; 14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4; 15) stężenie IgG, IgM, IgA (w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem);

ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B, oraz iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1, pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce ≥ 5,0 mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania; 2) do terapii rytuksymabem pacjenci w wieku ≥ 18 lat oraz dzieci po okresie dojrzewania: a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR, oraz b) z aktywną chorobą definiowaną jako: i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B, oraz iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1,		16) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 17) obecność antygenu HBs; 18) przeciwciała anty-HBc; 19) przeciwciała anty-HCV; 20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 21) EKG; 22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją); 23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza); 24) test ciążowy (do decyzji lekarza); 25) USG stawów (do decyzji lekarza); 26) echo serca (do decyzji lekarza); 27) EMG (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie leczenia** 1) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać: a) stężenie CRP, b) morfologię krwi, c) płytki krwi (PLT), d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy, e) AST i ALT, f) CK (do decyzji lekarza), g) badanie ogólne moczu, h) białko w dobowej zbiórce moczu (do decyzji lekarza), i) dsDNA, j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,

pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce ≥ 5 mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub anifrolumab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR; Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań		k) stężenie immunoglobulin IgG, IgM, IgA (w przypadku leczenia rytuksymabem) oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach (±1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc) w przypadku leczenia anifrolumabem lub po 6 miesiącach ((±1 miesiąc) od podania kolejnego cyklu w przypadku leczenia rytuksymabem. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6-12 miesiącach (±1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j): a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K o ≥ 4, b) brak pogorszenia w innych układach narządów, c) brak pogorszenia PGA ≥ 0,3, lub d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004, e) brak pogorszenia w innych układach narządów, f) brak pogorszenia PGA ≥ 0,3 w skali 0-3, lub g) wartość SLEDAI-2K ≤ 4 lub wartość klinicznego SLEDAI-2K ≤ 2, h) wartość PGA ≤ 1,		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon ≤ 7,5 mg/dobę, lub j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność		

choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		

Załącznik B.151.

LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH) (ICD-10: E.83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej); 3) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥2); 4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem*); 5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia *burosumabem*;	**1. Dawkowanie leków w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana początkowa dawka *burosumabu* wynosi **0,8mg/kg** masy ciała (dawkę należy zaokrąglać do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie. Dawka maksymalna wynosi **90 mg.** Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) dostępny w dokumentacji medycznej wynik potwierdzający obecność mutacji w genie PHEX chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 7) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 8) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu 10) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 11) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 12) badanie RTG kośćca; 13) badanie USG nerek; 14) ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS. **2. Monitorowanie leczenia**

6) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek; 7) brak przeciwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 8) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku; 9) wykluczenie nadczynności przytarczyc. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.; 2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności		1) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 7) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu; 9) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 10) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 11) badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków w celu oceny ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS; 12) badanie USG nerek. Badania wykonuje się: 1) co 2 tygodnie w przypadku fosforanów w ciągu pierwszego miesiąca (po okresie miesiąca leczenia co 4 tygodnie przez kolejne 2 miesiące, a następnie wg potrzeb); 2) co 6 miesięcy w przypadku pozostałych badań (z wyłączeniem badania RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków, USG nerek); 3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy; 4) w przypadku wskazań klinicznych wg potrzeb. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który

leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych co 6 miesięcy leczenia: a) brak normalizacji stężenia fosforanów w dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia fosforanów <30% w stosunku do wartości początkowych (w warunkach, w których osiągnięto maksymalną zalecaną dawkę) oraz brak normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia TmP/GFR o <30% w stosunku do wartości początkowych, b) brak dynamiki (trendu) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub dwukrotne podwyższenie granicy normy poziomu ALP w stosunku do wartości początkowych (z wyłączeniem sytuacji, które fizjologicznie lub patologicznie podwyższają poziom ALP); 3) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych w 12-tym miesiącu leczenia: a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o ≥ 0,5 pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia), b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 2) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 3) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 4) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych; 5) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.152.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:
1) odewiksybat,
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji:
1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2;
2) wiek 6 m.ż. i powyżej;
3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie ATP8B1) lub PFIC-2 (w genie ABCB11);
4) masa ciała powyżej 5 kg;
5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) (≥100 μmol/l);
6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu;
7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson);</td>
<td>1. Dawkowanie
Dawkowanie odewiksybatu w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.
Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) ocena parametrów czynności wątroby:
a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),
b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),
c) aminotransferaza alaninowa (AlAT),
d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP),
e) fosfataza alkaliczna (ALP),
f) alfa-fetoproteina (AFP)
g) bilirubina całkowita;
2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E;
3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR);
4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego;
5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;
6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie ATP8B lub PFIC-2 w genie ABCB11.</td>
</tr>
</table>

8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *odewiksybatem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu** 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP; 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi: a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju, b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobowa, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA, c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby, d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC; 3) trwająca lub w historii choroby obecność jakiejkolwiek innej choroby lub stanu, który zakłóca wchłanianie, dystrybucję, metabolizm (w szczególności metabolizm kwasów żółciowych) lub wydalanie leków w jelicie, w tym między innymi nieswoiste zapalenie jelit;		**2. Monitorowanie leczenia i bezpieczeństwa** 1) zaburzenia czynności wątroby: a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym: – stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), – aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), – aminotransferaza alaninowa (AlAT), – gamma-glutamylotransferaza (GGTP), – fosfataza alkaliczna (ALP), – bilirubina całkowita, – inne badanie w razie wskazań klinicznych; 2) biegunka: a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka; 3) ciąża: a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. **3. Ocena skuteczności leczenia** Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie: 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – za skuteczne uznaje się leczenie jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 70% względem wartości początkowych lub osiągnięcie stężenie ≤70 µmol/l (28,6 µg/ml);

4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. >3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw; 5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny. Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowania leczenia *odewiksybatem* w zależności od indywidualnej oceny lekarza; 6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii; 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4; 9) stężenie AlAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym; 10) stężenie AlAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.		2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik ≤1 lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4)); 3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby; 4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC. Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia *odewiksybatem* wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie *odewiksybatem*, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4. **4. Monitorowanie programu**

Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy, b) ocena świądu oraz jakości snu w skali ObsRO, c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych, d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego, e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.153.

LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO (ICD-10: G40)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *kannabidiol*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowatego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka kannabidiolu to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowatego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia *kannabidiolem*, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem*; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako		e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. **2.2.** Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2.3.** Po 4 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia *kannabidiolem*; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana: – powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; – ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem*; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu); 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		W przypadku zmiany dawki *kannabidiolu* powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.154.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET (ICD-10: G40.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie jedną z następujących substancji: 1) *kannabidiol*, 2) *fenfluramina,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennoxa-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem: obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem klobazamu	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). **1.1. Dawkowanie kannabidiolu** Kannabidiol jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennoxa-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z klobazamem. Maksymalna dawka kannabidiolu to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę). **1.2. Dawkowanie fenfluraminy** Maksymalna dawka fenfluraminy to 26 mg (13 mg dwa razy na dobę, tj. 6,0 ml dwa razy na dobę). Fenfluramina objęta jest programem kontrolowanego dostępu, który zapobiega stosowaniu poza wskazaniami rejestracyjnymi do zmniejszania masy ciała u pacjentów otyłych oraz	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** **1.1. Terapia kannabidiolem:** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; **1.2. Terapia fenfluraminą:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie echokardiograficzne; 3) pomiar ciśnienia krwi; 4) badania antropometryczne (masa ciała, BMI). Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennoxa-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. **2. Monitorowanie leczenia**

lub równoczesne rozpoczęcie terapii klobazamem w momencie włączenia do programu; 5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania: a) kannabidiolu oraz klobazamu zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem, b) fenfluraminy zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii fenfluraminą; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.	ma zapewnić, że przepisujący lek lekarze zostali poinformowani o konieczności okresowej kontroli czynności serca u pacjentów przyjmujących fenfluraminę.	**2.1.** W ramach monitorowania leczenia pacjent lub jego opiekun prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów w miesiącu; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu; e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. **2.2.** W przypadku terapii kannabidiolem po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania kannabidiolu należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy. W przypadku zmiany dawki kannabidiolu powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. **2.3.** W przypadku terapii fenfluraminą:

3. Zmiana terapii w ramach programu lekowego Zmiana terapii z kannabidiolu na fenfluraminę oraz z fenfluraminy na kannabidiol jest możliwa wyłącznie w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL oraz przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji do danej terapii. Zmiana możliwa jest po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet. Przy zmianie terapii, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet wskaże wartości wyjściowe do kolejnych ocen skuteczności. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia (± 14 dni), rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdych kolejnych 3 miesiącach leczenia (± 14 dni) rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) zakończenie stosowania klobazamu – dotyczy terapii kannabidiolem;		1) przez pierwsze dwa lata badanie echokardiograficzne należy wykonywać co 6 miesięcy, następnie co rok; 2) badania wykonywane raz w roku: a) morfologia krwi z rozmazem, b) pomiar ciśnienia krwi, c) pomiary antropometryczne (masa ciała, BMI); 3) badanie echokardiograficzne należy wykonać 3-6 miesięcy po zakończeniu/przerwaniu terapii z jakiejkolwiek przyczyny. **2.4.** Po 4 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania kannabidiolu lub fenfluraminy należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące (± 14 dni). W przypadku wystąpienia stanów uniemożliwiających ocenę skuteczności (np. infekcji, gorączki, wzrostu aktywności enzymów wątrobowych) możliwe jest czasowe wstrzymanie oceny skuteczności terapii przy czym odroczenie nie może być dłuższe niż 9 miesięcy.

5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.4.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.155.

LECZENIE CHORYCH Z NERWIAKOWŁÓKNIAKAMI SPLOTOWATYMI W PRZEBIEGU NEUROFIBROMATOZY TYPU 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu prowadzona jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) *selumetynib*; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: ≥3 i ≤18 r.ż.; 2) powierzchnia ciała ≥0,55m²; 3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości; 4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88; 5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka *selumetynibu* wynosi 25mg/m² powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin). Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (mg/m²) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL. Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej; 3) oznaczenie stężenia albuminy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 8) ocena koagulogramu; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF): a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN); b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN); 11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące); 12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,

lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu. Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego; 6) stan sprawności: a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky'ego, b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky'ego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej; 10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego; 11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka		obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczaniem niekontrolowanej jaskry; 13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała; 14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania. **2. Monitorowanie** **2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów** 1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR; 2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku); 3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 4) ocena okulistyczna; 5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby: a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej, b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej, c) oznaczenie stężenia albuminy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej; 7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy). Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia; 2) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu. **2.2. Monitorowanie skuteczności terapii**

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu); 12) upłynięcie co najmniej: a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych, b) upłynięcie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii, c) upłynięcie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego; 13) brak przeciwskazań do stosowania *selumetynibu*; 14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie		Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN; 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR; 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby; 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL; 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interferrence Index). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym: 1) czas do progresji (PFS); 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR); 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).

pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL; 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności: a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat, b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		**3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu; 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.156.

LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *dupilumabem,* 2) *mepolizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100; 3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥5, b) wynik w skali SNOT-22 ≥40; 4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023); 5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki	**1. Dawkowanie** **1.1. dupilumab** Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg. Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie. **1.2. mepolizumab** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 100 mg podawane podskórnie raz na 4 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.	**1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważności badania maksymalnie 4 tygodnie); 3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22; 4) pomiar eozynofilii tkankowej lub eozynofilii we krwi lub całkowitego stężenienia IgE (aktualne wyniki– ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 5) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu);

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);

7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;

9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

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

2. Czas leczenia w programie

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

W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22;

8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych;

9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie leczenia

Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać:

1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
   c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
   d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:
   a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
   b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
   c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
   d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów: – obniżenie wyniku w skali NPS o ≥1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem), – obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o ≥8,9 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem), – redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, – zmniejszenia wpływu chorób współistniejących; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		**3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące: 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg: a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym, b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej

5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.157.

LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: *1) rytuksymab,* *2) efgartigimod alfa,* *3) rawulizumab,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie miastenii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV; 3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) $\geq$ 5, w tym minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. **1. Dawkowanie rytuksymabu** <u>Leczenie inicjujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m^2 pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie, lub b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni. <u>Leczenie podtrzymujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m^2 pow. ciała, lub b) 500 mg. podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym; 2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastenii; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; <u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u> 8) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 9) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 10) badanie CRP; 11) test na obecność HBsAg; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 13) badanie ogólne moczu; 14) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy;

1.1. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem

1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR, ARAB)

lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4)

lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK)

lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miasteniczne) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG)

2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowalająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1.

3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIb) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,

b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo

W uzasadnionych klinicznie przypadkach możliwe jest zastosowanie dawki inicjującej.

2. Dawkowanie efgartigimodu alfa

Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie.

Kolejny cykl leczenia należy stosować zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić w zależności od pacjenta przy czym najwcześniejszy czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia wynosi 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu.

3. Dawkowanie rawulizumabu

a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej,

b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylnej co 8 tygodni.

15) badanie EKG;

16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, test IGRA konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych;

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać:

1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;

2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;

3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;

4) morfologia krwi z rozmazem;

5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;

6) badanie CRP;

7) test na obecność HBsAg;

8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;

9) badanie ogólne moczu;

10) test ciążowy;

11) badanie EKG;

12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.

Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wykonuje się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy.

2.2. Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy

odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL; 5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenicznego lub zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.1. muszą być spełnione łącznie. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa** 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastenii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy		wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologię krwi z rozmazem. Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia. Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia. Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach. **2.3.** Przed podaniem rawulizumabu należy wykonać następujące badania: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologia krwi z rozmazem. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL należy wykonać co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia a następnie co 6 miesięcy. **3. Monitorowanie programu** 1) ocena skuteczności:

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia efgartigimodem lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia rawulizumabem** 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholiny (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastenii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące		a) wskaźniki efektywności: - zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym; 2) ocena bezpieczeństwa a) monitorowanie działań niepożądanych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym, b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA≥IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia rawulizumabem, lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak przeciwwskazań do stosowania rawulizumabu zgodnie z aktualną ChPL; 4) wykonanie szczepienia przeciw meningokokom, a w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia rawulizumabem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu lekowego, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu lekowego określonymi w punkcie 3. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) w przypadku terapii rytuksymabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie do 6 miesięcy; 2) w przypadku terapii efgartigimodem alfa brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym cyklu leczenia, utrzymującej się przez co najmniej 4 kolejne tygodnie; 3) w przypadku terapii rawulizumabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;		

7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. **4. Zmiana leczenia** Zmiana terapii z efgartigimodu alfa na rawulizumab oraz z rawulizumabu na efgartigimod alfa jest możliwa w przypadku: 1) wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL; 2) braku skuteczności opisanej w pkt. 3.; przy założeniu spełnienia kryteriów kwalifikacji do danej terapii. Przy zmianie terapii do oceny skuteczności należy wziąć pod uwagę okres przed rozpoczęciem leczenia substancją, która stosowana była przed zmianą.		

Załącznik B.158.FM.

LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Dzieci:** 1) wiek < 18. roku życia; 2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; 3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);	**1. Dawkowanie** Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). **Zalecane dawkowanie:** **1.1.** Dawkę **olipudazy alfa** ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) ≤ 30 lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI > 30. **1.2.** Zalecana dawka początkowa **olipudazy alfa** wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy; 2) analiza genu SMPD1; 3) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin; 4) badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenku węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia; 5) badanie aktywności chitotriozydazy; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej; 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 13) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; 14) badanie USG i MRI jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby;

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
6) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
7) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Dorośli:

1) wiek ≥ 18. roku życia;
2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym;
3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
6) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenku węgla (DLco) ≤ 70% przewidywanej wartości prawidłowej;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających

VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).

1.3. Zalecana dawka początkowa **olipudazy alfa** dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc., VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc., IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).

1.4. Etap leczenia podtrzymującego:

Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie

1.5. Pacjenci z BMI > 30:

U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki **olipudazy alfa** jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = 30 × (wzrost w m)^2.

15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT;
16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania);
17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała);
18) elektrokardiografia (EKG);
19) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach;
20) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego);
21) konsultacja neurologiczna;
22) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. badania wykonywane co najmniej **co 6 miesięcy:**

1) morfologia krwi z rozmazem;
2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita);
3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała;
4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci).

2.2. badania wykonywane po **12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy:**

1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania

badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia; 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;		obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1; 2) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin; 3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; 4) elektrokardiografia (EKG); 5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach; 6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach; 7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach; 8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach; 11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach. **3. Ocena skuteczności leczenia** **3.1.** Wskaźniki efektywności leczenia: a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w %), b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy.

4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży i karmienie piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		**3.2.** Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników efektywności: a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa, b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła" i zmniejszenie wyniku ILD – jeśli dotyczy. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 3.1. oraz 3.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B. 159.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentek na raka szyjki macicy inhibitorami PD-1. I. W leczeniu pierwotnym chorych na nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy dostępna jest terapia: 1) pembrolizumab w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii. II. W leczeniu chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy dostępne są terapie: 1) pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu w I linii leczenia systemowego; 2) cemiplimab w monoterapii w II albo III linii leczenia systemowego po chemioterapii lub chemioterapii z bewacyzumabem. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1 Ogólne kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Leczenie nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy** **1.1.1. pembrolizumab w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii** Początkowo pembrolizumab stosowany jest jednocześnie z chemioradioterapią. Następnie pembrolizumab stosowany jest w monoterapii. Rozpoczęcie podawania pembrolizumabu powinno nastąpić w ciągu 3 dni od rozpoczęcia chemioradioterapii. Zalecana dawka pembrolizumabu: 5 pierwszych podań po 200 mg co 3 tygodnie, a następnie 15 podań po 400 mg co 6 tygodni. Chemioradioterapia: 5 cykli cisplatyny w dawce 40 mg/m^2 pc. + radioterapia wiązkami zewnętrznymi (EBRT), a następnie brachyterapia.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy; 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (w przypadku leczenia pembrolizumabem przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 9) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 10) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 11) badanie ogólne moczu; 12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) elektrokardiogram (EKG);

1) rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego; 2) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 3) wiek powyżej 18 roku życia; 4) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 5) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** **1.2.1. chorych na nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy w leczeniu pierwotnym pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii**	W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość podania jednego dodatkowego cyklu cisplatyny – do decyzji lekarza prowadzącego. **1.2. Leczenie przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy dostępna dostępne są terapie:** **1.2.1. pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu** Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatyną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu. Zalecana dawka pembrolizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Chemioterapia: paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m^2 pc. albo paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m^2 pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m^2 pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.	14) pomiar ciśnienia tętniczego (w przypadku leczenia pembrolizumabem przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy); 15) badanie obrazowe (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej); 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) badanie ogólne moczu; 10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

1) nowozdiagnozowany, miejscowo zaawansowany rak szyjki macicy (stopień III-IVA zgodnie z klasyfikacją FIGO z 2014 r.); 2) niestosowanie wcześniej terapii systemowej, immunoterapii, radykalnego leczenia chirurgicznego (tj. z zachowaną macicą) lub radioterapii z powodu raka szyjki macicy. **1.2.2. chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy w I linii leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu** 1) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy niekwalifikujący się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 2) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią ogólnoustrojową, za wyjątkiem zastosowania jej równocześnie jako środka uwrażliwiającego na promieniowanie jonizujące (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu); 3) potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥1, oznaczona zwalidowanym testem (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu). **1.2.3. chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy w II albo III linii leczenia cemiplimabem w monoterapii** 1) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy niekwalifikujący się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;	**1.2.2. Cemiplimab w monoterapii** Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg co 3 tygodnie (Q3W), podawana we wlewie dożylnym przez 30 minut. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii. **2.2. Monitorowanie skuteczności** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita

2) progresja choroby w trakcie lub po chemioterapii opartej na związkach platyny. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Dodatkowo, w przypadku nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy leczenie pembrolizumabem może trwać maksymalnie 20 podań (tj. 5 podań po 200 mg co 3 tygodnie, a następnie 15 podań po 400 mg co 6 tyg.). **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, w sytuacji wątpliwej, a gdy stan pacjentki jest stabilny klinicznie, możliwe jest kontynuowanie leczenia, aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;		(CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B. 160.

LECZENIE PACJENTEK Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ OSTEOPOROZY POMENOPAUZALNEJ (ICD-10: M80.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *romosozumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowane są kobiety ze zdiagnozowaną pomenopauzalną osteoporozą pierwotną spełniające wszystkie kryteria ogólne (1.1) oraz jedno z kryteriów szczegółowych (1.2). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥60 lat; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych, stanowiących przeciwskazanie w oparciu o aktualną ChPL; 4) wykluczenie nadwrażliwości na *romosozumab* lub którąkolwiek substancję pomocniczą.	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka *romosozumabu* wynosi 210 mg raz w miesiącu przez 12 miesięcy. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie densytometryczne zlecone przez lekarza kwalifikującego; 2) badanie RTG w wywiadzie potwierdzające złamania opisane w pkt. 1.2.1) i 1.2.2). kryteriów kwalifikacji, na podstawie którego lekarz prowadzący potwierdza charakter i lokalizację złamania; 3) stężenie wapnia i fosforu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 5) stężenie PTH w surowicy; 6) stężenie albuminy w surowicy; 7) morfologia krwi; 8) odczyn Biernackiego (OB); 9) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 10) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 11) stężenie kreatyniny; 12) badanie ogólne moczu. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co 3 miesiące lub wg wskazań klinicznych:

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1) udokumentowany T-score ≤ -3,0 (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanie niskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej; 2) T-score ≤ -2,5 (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane złamanie, które nastąpiło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bliższym końcu kości udowej lub kręgów oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanie niskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki wymagające kontynuacji leczenia, które były leczone substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki ze złamaniami osteoporotycznymi, u których (w oparciu o opinię lekarza prowadzącego) ze względu na stan kliniczny, brak jest możliwości wyznaczenia T-score lub interpretacji wyniku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) leczenie *romosumabem* może trwać maksymalnie 12		a) stężenie wapnia w surowicy; W przypadku objawów wskazujących na hipokalcemię oraz u chorych z czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu hipokalcemii zalecane są dodatkowe pomiary wapnia oraz uzupełnienie jego niedoborów; 2) w 6 i 12 miesiącu od rozpoczęcia terapii: a) badanie densytometryczne i ocena T-score, b) wywiad w kierunku występowania złamań. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnych za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

miesięcy; 2) lekarz prowadzący może w każdym momencie przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną; 3) do programu może być ponownie włączona pacjentka, u której przerwano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, z uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza prowadzącego przyczyn i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną jest uzasadniony. Maksymalny czas przerwania leczenia wynosi 1 miesiąc. Leczenie *romosozumabem* w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako: a) spadek BMD o 4,4% dla kręgów, 5,2% dla szyjki kości udowej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, w porównaniu z wynikami przed leczeniem; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą bądź toksyczności uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy, w tym		

zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.161.

LECZENIE CHORYCH Z ROPNYM ZAPALENIEM APOKRYNOWYCH GRUCZOŁÓW POTOWYCH (HS) (ICD-10: L 73.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *sekukinumabem*, 2) *bimekizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat; 2) obecność czynnej umiarkowanej lub ciężkiej postaci hidradenitis suppurativa definiowanej jako: a) występowanie co najmniej 5 zmian zapalnych w postaci ropni lub guzków zapalnych w co najmniej dwóch lokalizacjach (co najmniej 1 lokalizacja w II lub III stopniu Hurley), lub b) nasilenie choroby w skali IHS4≥4, u pacjentów, którzy przestali reagować na leczenie ogólne lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami leczenia HS;	**1. Dawkowanie** 1) sekukinumab Maksymalna dawka początkowa sekukinumabu to 300 mg, podawana w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4; Maksymalna dawka podtrzymująca sekukinumabu to 300 mg co miesiąc. Na podstawie odpowiedzi klinicznej dawkę podtrzymującą można zwiększyć do 300 mg co 2 tygodnie. 2) bimekizumab Maksymalna dawka wynosi 320 mg co 2 tygodnie do 16. tygodnia, a następnie co 4 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) stężenie kreatyniny w surowicy; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG. **2. Monitorowanie leczenia** Po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

3) pacjenci, u których uzyskano ocenę jakości życia ze wskaźnikiem DLQI większym niż 10; 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Czas leczenia w programie** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku; 3) do programu mogą być ponownie włączone pacjentki, które zostały wyłączone z programu w związku z ciążą, a w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**	**3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię hidradenitis suppurativa danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i wzrostu liczby ropni lub sączących przetok; b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni): 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni); b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej

1) po 16 tygodniach terapii uzyskanie co najmniej 50% redukcji liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i bez wzrostu liczby ropni lub sączących przetok w porównaniu do okresu sprzed leczenia, lub 2) w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących brak wzrostu liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) lub brak wzrostu IHS4 powyżej poziomu z wizyty kwalifikacyjnej do programu. **4. Kryteria i warunki zmiany terapii** 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą, lub b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL, lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3.1 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zgodnie z punktem 3.2; 2) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 3) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego jest możliwa w przypadku, gdy jest zgodna z opisem programu.		konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3. z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

5. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3.1; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zgodnie z punktem 3.2; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.162.

LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIĄ (ICD-10: E85, I42.1)

<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 colspan="3">I. LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85)</td></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.
W programie finansuje się leczenie tafamidisem dorosłych pacjentów z kardiomiopatią w przebiegu amyloidozy transtyretynowej.

1. Kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii;
3) genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny;</td>
<td>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).
Maksymalna dawka tafamidisu wynosi 61 mg podawana raz na dobę.
Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi;
2) określenie klasy NYHA;
3) oznaczenie wskaźnika mBMI;
4) elektrokardiogram spoczynkowy;
5) RTG klatki piersiowej;
6) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT);
7) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP);
8) oznaczenie stężenia troponiny T;
9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);
10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
12) oznaczenie stężenia bilirubiny;
13) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP);</td>
</tr>
</table>

4) klasa czynnościowa NYHA I-II; 5) grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 6) wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich; 7) brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie; 8) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 12) niestosowanie lub zaprzestanie stosowania antagonistów kanału wapniowego lub glikozydów naparstnicy; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		14) proteinogram; 15) diagnostyka białka monoklonalnego (metodąimmunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 16) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta- Gaulta; 17) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 18) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 19) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 20) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 21) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 22) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 23) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 24) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 25) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 26) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 27) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 28) morfologia krwi z rozmazem; 29) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 30) echokardiografia przezklatkowa; 31) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP; 32) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 33) holter 24-godzinne monitorowanie EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, **zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3**. Po uzyskaniu progresji do utrwalonej (tzn. co najmniej 6-miesięcznej) klasy III lub IV NYHA lekarz prowadzący ocenia zasadność kontynuacji leczenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja utrwalona (tzn. co najmniej 6-miesięczna) klasy III lub IV NYHA, gdy w ocenie lekarza prowadzącego nie ma zasadności do kontynuacji leczenia; 2) szybka progresja do trwałej klasy III lub IV NYHA w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 3) przeszczepienie serca lub wątroby; 4) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo		34) konsultacja hematologiczna w przypadku stwierdzenia białka monoklonalnego celem wykluczenia amyloidozy łańcuchów lekkich. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta-Gaulta; 6) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 10) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 11) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 12) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 14) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 15) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 16) morfologia krwi z rozmazem. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 1-16 przeprowadza się co 6 miesięcy (±14 dni). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiogram spoczynkowy; 4) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 5) oznaczenie stężenia troponiny T; 6) echokardiografia przezklatkowa; 7) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych; 8) ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza EuroQol 5 dimmensions 5-level (EQ-5D-5L) w połączeniu z wizualną skalą analogową (VAS); 9) holter 24-godzinne monitorowanie EKG; 10) RTG klatki piersiowej. Badania monitorujące skuteczność leczenia wymienione w punktach 1-8 przeprowadza się co 6 miesięcy (±14 dni). Badanie z punktu 9-10 wykonuje się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (±14 dni). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt *3. Monitorowanie skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 7, 8; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
II. LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie mawakamtenem dorosłych pacjentów z przerostową kardiomiopatią zawężającą, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.	Dawki maksymalne, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent posiada wszczepiony kardiowerter (ICD); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych

1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC; 3) grubość ściany lewej komory ≥15 mm (lub ≥13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 4) klasa czynnościowa NYHA II–III; 5) gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg; 6) frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) ≥55%; 7) niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce **lub** w przypadku nietolerancji/przeciwskazania do tych terapii; 8) brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych. innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry'ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory); 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) zobowiązanie pacjentów do abstynencji alkoholowej. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni jednocześnie: — silnymi inhibitorami CYP3A4 – dotyczy pacjentów ze stwierdzonym fenotypem wskazującym na wolny		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19); 8) test ciążowy (u kobiet w okresie rozrodczym). W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia** 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent od ostatniej wizyty monitorującej miał napady migotania przedsionków lub interwencje wszczepionego ICD (także informacja o wszczepieniu ICD jeśli dotyczy); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych

metabolizm przy udziale CYP2C19 oraz nieustalonym fenotypem CYP2C19; — silnym inhibitorem CYP2C19 i silnym inhibitorem CYP3A4 – dotyczy wszystkich pacjentów, bez względu na fenotyp. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu: — **zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4** lub — **w przypadku niespełnienia kryteriów oceny skuteczności leczenia o których mowa w pkt. 3**. W przypadku gdy wynik LVEF, na którejkolwiek wizycie kontrolnej, wynosi < 50% należy tymczasowo przerwać leczenie, a następnie ponownie rozpocząć leczenie po 4 tygodniach wg wytycznych w ChPL, o ile LVEF wynosi ≥ 50%. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia**		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) holter 48-godzinne monitorowanie EKG. Badania wymienione w punktach 1-6 wykonuje się po 4 i 8 tygodniach (±7 dni) od: — pierwszego rozpoczęcia leczenia, — ponownego rozpoczęcia leczenia, — zmiany dawki oraz co 3 miesiące (±7 dni) przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy (±14 dni). Badanie z punktu 7 (holter) przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (±14 dni). W przypadku tymczasowego przerwania leczenia - kontrola parametrów z użyciem echokardiografii co 4 tygodnie (±7 dni) do czasu, aż LVEF wyniesie ≥ 50%. W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełniać poniższe: 1) poprawa objawów o ≥1 klasę czynnościową NYHA po 12 tygodniach od ustalenia indywidualnej dawki pacjenta i utrzymanie niższej klasy NYHA w trakcie leczenia podtrzymującego; 2) gradient LVOT po próbie Valsalvy ≤ 30 mmHg lub jego redukcja w trakcie leczenia o ≥ 30 mmHg, potwierdzona na każdej wizycie kontrolnej w trakcie leczenia podtrzymującego pacjenta indywidualną dawką leku. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wynik LVEF wynoszący ≤ 30%; 2) wynik LVEF wynoszący dwukrotnie <50% w odstępie 4 tygodni, w przypadku przyjmowania dawki 2,5 mg na dobę; 3) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 2. *Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 6 oraz danych z ppkt 1 z zakresu stosowanych leków oraz odnotowanych napadów migotania przedsionków/wszczepienia ICD/interwencji wszczepionego ICD; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.163.FM.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia tebentafuspem** 1) wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną i brak możliwości postępowania terapeutycznego po zastosowaniu dostępnych metod leczenia miejscowego (dopuszczalna jest wcześniejsza resekcja chirurgiczna choroby oligometastatycznej); lub 2) obecność przerzutów czerniaka błony naczyniowej stwierdzana w badaniach obrazowych wymienionych w punkcie „badania przy kwalifikacji do leczenia”; 3) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie czerniaka błony naczyniowej oka; 4) potwierdzona obecność antygenu leukocytarnego (HLA)-A*02:01; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) stopień sprawności 0 lub 1 według skali ECOG; 7) odstęp QTc ≤ 500 ms;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). **1. Dawkowanie** Maksymalne dawki tabentafuspu: 1) 20 µg – 1. dnia; 2) 30 µg – 8. dnia; 3) 68 µg– 15. dnia; następnie 68 µg co tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) test do genotypowania HLA w celu potwierdzenia występowania u pacjenta genotypu HLA-A*02:01; 2) badanie histologiczne lub cytologiczne w celu potwierdzenia czerniaka błony naczyniowej oka; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 11) badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w celu oceny wielkości guza (w przypadku choroby pierwotnej); 12) badania obrazowe potwierdzające obecność przerzutów:

8) brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej stosowanej w leczeniu radykalnym pacjentów z chorobą miejscową); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących i stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL lub wiedzę medyczną; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka lub lekarza		a) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu, b) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, c) badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 13) elektrokardiogram (EKG) z oceną odstępu QTc (w przypadkach wątpliwych – konsultacja kardiologiczna); 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 15) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** 2.1. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi;

prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby ocenianej zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; Dopuszcza się możliwość kontynuacji leczenia w programie u chorych z progresją choroby w przypadku: — braku klinicznych objawów progresji, — braku pogorszenia stanu sprawności według kryteriów ECOG, — braku zagrożenia niewydolnością narządów. Należy przerwać leczenie, które było kontynuowane po progresji, gdy stwierdza się co najmniej jedno z poniższych: a) ponowny wzrost sumy wymiarów ocenianych zmian (z uwzględnieniem nowych zmian mierzalnych) o co najmniej 20% z jednoczesnym wzrostem tej sumy o co najmniej 5 mm, b) jednoznaczna progresja zmian pozostałych, c) nowa zmiana. 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej		8) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 9) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) EKG z oceną odstępu QTc w razie wskazań klinicznych; Badania wykonuje się co minimum 3 tygodnie (+/- 1 tydzień) Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 2.2. **Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) ocena kliniczna wraz z diagnostyką obrazową celem obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie: a) ultrasonografia gałki ocznej, b) TK lub MR głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; Badania wykonuje się co 12 tygodni. Badania obrazowe w celu ponownej oceny skuteczności leczenia po pseudoprogresji należy wykonać w odstępie 4 tygodni od oceny, w której wykazano pseudoprogresję. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, 2) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), 3) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Oka lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, w miarę możliwości z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, które były zastosowane podczas kwalifikacji do leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 21,7 miesiąca;** b) przeżycie wolne od progresji (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej

		udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – **przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 3,3 miesiąca;** c) najlepsza ogólna odpowiedź (BoR), **z oczekiwaną medianą 0,4%;** d) wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR), tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – **wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 10,3%;** e) czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR) – **z oczekiwaną medianą 9,9 miesiąca;** f) czas do odpowiedzi (TTR) – **z oczekiwaną medianą 2,9 miesiąca**; g) wskaźnik kontroli choroby (DCR), tj. odsetek pacjentów, u których nastąpiła pełna odpowiedź, częściowa odpowiedź lub ustabilizowanie choroby – **z oczekiwaną medianą 31%;** h) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL oceniana na podstawie stanu zdrowia pacjentów przy użyciu narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EQ-5D,5L) – **oczekiwany jest brak obniżenia jakości życia w stosunku do stanu wyjściowego lub jego polepszenie.** 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Załącznik B.164.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPŁYTKOWĄ (ICD-10: M31.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. LECZENIE PACJENTÓW Z IMMUNOLOGICZNĄ ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPŁYTKOWĄ		
W programie finansuje się leczenie epizodów nabytej zakrzepowej plamicy małopłytkowej przy użyciu kaplacyzumabu w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. **1. Kryteria włączenia** 1) wiek 12 lat lub powyżej; 2) masa ciała co najmniej 40 kg; 3) kliniczne objawy epizodu immunologicznej zakrzepowej plamicy małopłytkowej (iTTP), wymagającego leczenia z zastosowaniem wymiany osocza; 4) liczba płytek <100 x 10^9/L; 5) rozpad czerwonych krwinek stwierdzony na podstawie obecności schistocytów w rozmazie krwi; 6) aktywność ADAMTS13 <10% oraz obecność inhibitora anty-ADAMTS13 (leczenie może być wprowadzone w oczekiwaniu na wyniki badania ADAMTS13 na podstawie oceny stanu klinicznego i innych wyników badań wykonywanych przy kwalifikacji do programu):	**1. Dawkowanie** Kaplacyzumab wskazany jest do stosowania w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie liczby płytek krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem (obecność schistocytów); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy).

a) ocena aktywności ADAMTS13 musi być przeprowadzona na podstawie próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, b) wyniki badań powinny być uzyskane w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 7) wykluczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego; 8) wykluczenie innych przyczyn małopłytkowości: a) kliniczne dowody infekcji jelitowej wywołanej przez *E.coli*, b) mikroangiopatia zakrzepowa związana z przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, szpiku kostnego lub organu, c) znana lub podejrzewana posocznica, d) diagnoza rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego, e) przewlekła małopłytkowość immunologiczna; 9) wykluczenie wysokiego ryzyka krwawienia z innych przyczyn niż małopłytkowosc; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni kaplacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		**2. Monitorowanie leczenia** 1) w czasie pierwszego etapu leczenia, tj. w okresie stosowania wymiany osocza: a) raz dziennie: — morfologia krwi z rozmazem, b) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2) w czasie drugiego etapu leczenia, tj. w czasie kolejnych 30 dni leczenia kaplacyzumabem od momentu zakończenia wymiany osocza: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13, — morfologia krwi z rozmazem, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznacznie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) w czasie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużonego okresu leczenia kaplacyzumabem), tj. po zakończeniu etapu pierwszego oraz drugiego: a) raz w tygodniu:

1) kaplacyzumab stosuje się w trakcie oraz po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem wymiany osocza (wraz z ewentualną immunosupresją). Etapy leczenia kaplacyzumabem obejmują: a) pierwszy etap leczenia: okres stosowania wymiany osocza, b) drugi etap leczenia: kolejne 30 dni od momentu zakończenia wymiany osocza, c) opcjonalny, trzeci etap leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) następujący po zakończeniu etapu pierwszego i drugiego: i. u pacjentów, u których po zakończeniu drugiego etapu leczenia występuje poziom aktywności ADAMTS13< 20%, ii. czas trwania leczenia w etapie trzecim: leczenie kaplacyzumabem w trakcie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) stosowane jest do momentu uzyskania pierwszego wyniku oznaczenia aktywności ADAMTS13 wynoszącego ≥30% (na podstawie próbki osocza pobranej w trakcie monitorowania trzeciego etapu leczenia), ale nie dłużej, niż przez 28 dni (4 tygodnie); 2) chorzy, u których pojawi się nawrót iTTP (tj. kolejny epizod iTTP określony zgodnie z kryteriami włączenia) mogą być ponownie kwalifikowani do podawania pełnego cyklu leczenia kaplacyzumabuem (ponownie zaczynają leczenie od etapu 1. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.		— oznaczenie aktywności ADAMTS13, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — morfologia krwi z rozmazem. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie aktywnego, istotnego klinicznie krwawienia w trakcie terapii kaplacyzumabem; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) aktywność ADAMTS13 ≥10% na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 5) negatywny wynik na obecność inhibitora ADAMTS13 – na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 6) aktywność ADAMTS13 ≥30%na podstawie oceny próbki osocza pobranej w trakcie trwania trzeciego, opcjonalnego etapu leczenia; 7) ciąża; 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

B. LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONĄ ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPŁYTKOWĄ		
W programie finansuje się enzymatyczną terapię zastępczą u pacjentów pediatrycznych i dorosłych z wrodzoną zakrzepową plamicą małopłytkową. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) aktywność ADAMTS13 <10%; 2) wykluczenie obecności inhibitora neutralizującego ADAMTS13; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni rADAMTS13 w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** **1.1. Profilaktyczna enzymatyczna terapia zastępcza** 1) 40 IU/kg masy ciała raz na dwa tygodnie; 2) częstotliwość profilaktycznego dawkowania można dostosować do 40 IU/kg masy ciała raz w tygodniu, w oparciu o odpowiedź kliniczną. **1.2. Enzymatyczna terapia zastępcza w przypadku ostrych epizodów TTP** 1) 40 IU/kg masy ciała w dniu 1.; 2) 20 IU/kg masy ciała w dniu 2.; 3) 15 IU/kg masy ciała od dnia 3., raz na dobę, przez dwa dni od ustąpienia ostrego zdarzenia.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy; 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie leczenia** 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy); 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 (do decyzji lekarza prowadzącego w zależności od sytuacji klinicznej);

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia definiowanej jako dwa ostre samoistne epizody TTP w ciągu każdych 12 miesięcy terapii, lub nieustąpienie laboratoryjnych objawów TTP w ciągu 30 dni od pierwszego podania leku; 2) obecność inhibitora neutralizującego ADAMTS13; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy; 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT). Badania wykonuje się: a) w przypadku pacjentów otrzymujących lek w ramach profilaktyki - nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (za wyjątkiem badania z pkt. 2.1); b) w przypadku pacjentów otrzymujących lek do leczenia ostrych epizodów TTP – raz dziennie (za wyjątkiem badań z pkt. 2.1 i 2.2). **3. Ocena skuteczności leczenia** **3.1. Wskaźniki efektywności** 1) liczba ostrych epizodów TTP wśród osób otrzymujących leczenie profilaktycznie; 2) proporcja ostrych epizodów TTP odpowiadających na rADAMTS13 (w stosunku do nieodpowiadających), zdefiniowana jako brak potrzeby użycia innego środka zawierającego ADAMTS13; 3) czas do ustąpienia ostrego epizodu TTP po rozpoczęciu leczenia rADAMTS13, Definicja ostrego epizodu (poniższe kryteria muszą być spełnione łącznie): a) zmniejszenie liczby płytek o ≥50% wartości wyjściowej lub <100 000/µl oraz

		b) zwiększenie LDH> 2x wartości wyjściowej lub >2x górnej granicy normy; 4) liczba podostrych epizodów TTP wśród osób otrzymujących leczenie profilaktycznie, Definicja podostrego epizodu (muszą być spełnione co najmniej 2 kryteria, w tym co najmniej 1 laboratoryjne): a) zmniejszenie liczby płytek o ≥25% wartości wyjściowej lub <150 000/µl lub b) zwiększenie aktywności LDH> 1,5x wartości wyjściowej lub >1,5x górnej granicy normy lub c) wystąpienie objawów klinicznych wymienionych w pkt. 5.; 5) częstość występowania klinicznych objawów TTP: a) objawów neurologicznych (np. dezorientacja, dysfonia, dyzartria, ogniskowe lub ogólne objawy motoryczne, w tym drgawki); b) zaburzeń czynności nerek, zdefiniowanych jako wzrost stężenia kreatyniny w surowicy >1,5 razy wartości wyjściowej; c) bólów brzucha; d) gorączki ≥38°C; e) utrzymywanie się przewlekłego uczucia zmęczenia/senności. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;

		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnymza pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywania danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. *Ocena skuteczności leczenia*; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.165.

LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP) (ICD-10 E83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do leczenia w programie kwalifikowani są pacjenci z wrodzoną hipofosfatazją (HPP) w postaciach: a) perinatalnej i niemowlęcej, b) dziecięcej. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) hipofosfatazja perinatalna i niemowlęca ujawniająca się klinicznie u dzieci w wieku < 6. miesiąca życia, stwierdzona na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – obniżenia mineralizacji kości i innych objawów radiologicznych hipofosfatazji lub prenatalnych/postnatalnych badań USG oraz	**1. Dawkowanie leków w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana dawka asfotazy alfa to 2mg/kg masy ciała podawane podskórnie trzy razy w tygodniu lub 1mg/kg masy ciała podawane podskórnie sześć razy w tygodniu. Maksymalna zalecana dawka asfotazy alfa to 6mg/kg/tydzień. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (1p36.12) w przebiegu HPP; 2) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 4) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 7) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) konsultacja neurochirurgiczna - w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy; 10) konsultacja okulistyczna; 11) pomiary antropometryczne; 12) test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT); 13) badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS; 14) badanie USG nerek; 15) ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku;

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; 2) hipofosfatazja dziecięcą ujawniającą się u dzieci w wieku > 6. miesiąca życia rozpoznana na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – badań radiologicznych (opóźnionego wieku kostnego, krzywicy lub osteomalacji) oraz – obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; Jednocześnie pacjenci o których mowa w pkt 2): a) nie osiągnęli oczekiwanych etapów rozwoju motoryki właściwej dla wieku, lub b) cierpią z powodu ciągłego lub nawracającego bólu mięśniowo-szkieletowego wpływającego na niemożność wykonywania codziennych czynności, niepoddającego się działaniu leków z dwóch różnych grup leków przeciwbólowych, lub c) mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się (chodzenia); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. **2. Monitorowanie leczenia:** 1) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 7) konsultacja okulistyczna; 8) konsultacja ortopedyczna; 9) pomiary antropometryczne; 10) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 11) badanie RTG kośćca; 12) badanie densytometryczne DXA (u pacjentów powyżej 5 r.ż.); 13) badanie USG nerek. Kontrolne wizyty u lekarza, zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności terapii z oceną efektów leczenia i jakości życia pacjenta. Badania wykonuje się: 1) w 3-cim, 6-tym i 12-tym miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu);

Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; Powyższe kryteria kwalifikacji 1), 3), 4), 5), 6) albo 2), 3), 4), 5), 6) powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu, gdy zostanie spełnione jedno z poniższych kryteriów: 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej dwóch z poniższych kryteriów u dzieci poniżej 18 roku życia: a) zahamowanie tempa wzrastania po 6 miesiącach terapii,		2) po pierwszym roku leczenia, a następnie co 2 lata w przypadku badania densytometrycznego DXA. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) ocena tempa wzrastania; 2) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 3) ocena konieczności korzystania ze wspomaganej wentylacji płuc; 4) ocena powtarzalności złamań niskoenergetycznych; 5) ocena poprawy nasilenia bólu oraz jakości życia pacjenta za pomocą kwestionariuszy: – ocena bólu w skali dopasowanej do wieku w przypadku dzieci, – SF-36 (ang. Short Form 36) w przypadku pacjentów dorosłych. 6) działania niepożądane. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym

b) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) rozumianej jako poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), c) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 12 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia nie wymagali wspomagania oddychania), d) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 24 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia wymagali wspomagania oddychania); 2) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z poniższych kryteriów u dorosłych, kontynuujących terapię asfotazą alfa: a) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) - poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), b) powtarzające się złamania niskoenergetyczne przez okres trzech lat od rozpoczęcia leczenia, c) brak zmniejszenia poziomu bólu rozumianego jako nieosiągnięcie znaczącej redukcji bólu przy równoczesnym zwiększeniu częstości podawania leków przeciwbólowych lub brak poprawy jakości życia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) nieprowadzenie skutecznej formy antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 8) okres ciąży i karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		

Załącznik B.166.

LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ (ICD-10: Q77.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wosorytydem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 4 miesiące i więcej; 2) rozpoznanie achondroplazji potwierdzone odpowiednim badaniem genetycznym; 3) niezamknięte nasady kości długich (wiek kostny poniżej 16 lat u dziewcząt albo poniżej 18 lat u chłopców); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 6) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta.	**1. Dawkowanie** Wyznaczenie dawki leku, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku lub przebywa w oddziale do czasu właściwego wyszkolenia pacjenta lub opiekunów prawnych. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) potwierdzenie rozpoznania achondroplazji za pomocą odpowiedniego badania genetycznego; 2) ocena wieku kostnego metodą Greulicha-Pyle'a lub metodą Tannera-Whitehouse'a; 3) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź); 4) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 5) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia glukozy na czczo;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) potwierdzenie braku potencjału dalszego wzrostu definiowanego przez tempo wzrastania < 1,5 cm/rok i zamknięcia nasad kości długich (leczenie prowadzi się maksymalnie do osiągnięcia wieku kostnego 16 lat przez dziewczęta albo 18 lat przez chłopców); 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;	Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta.	10) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 11) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 13) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 14) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 15) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 16) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu; 17) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 18) konsultacja ortopedyczna. **2. Monitorowanie leczenia** 1) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 2) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 3) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 6) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 7) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;

5) okres ciąży lub karmienia piersią.		8) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 9) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 10) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; 11) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 12) ocena wieku kostnego metodą Greulicha-Pyle'a lub metodą Tannera-Whitehouse'a; 13) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź) – do decyzji lekarza prowadzącego; 14) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 15) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu - do decyzji lekarza prowadzącego; 16) konsultacja ortopedyczna. Badania 1-2 wykonuje się co 3 miesiące. Badania 3-9 wykonuje się co 6 miesięcy. Badania 10-16 wykonuje się co 12 miesięcy. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ww. kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta przekazaną przez lekarza prowadzącego do Zespołu Koordynacyjnego. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii tj. wysokość i masa ciała (wartości liczbowe i SDS, wartość BMI (z podaniem centyla), tempo wzrastania (w cm / rok), wiek kostny); 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.167.

LECZENIE CHORYCH NA WRODZONĄ ŚLEPOTĘ LEBERA (LCA) Z BIALLELICZNĄ MUTACJĄ GENU RPE65 (ICD-10: H35.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu umożliwia podanie leku do jednego oka. Podanie do drugiego oka możliwe jest za zgodą Zespołu Koordynacyjnego wydaną po ocenie odpowiedzi na leczenie woretygenem neparwowek pierwszego oka przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów włączenia do programu. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) bialleliczna mutacja genu *RPE65* potwierdzona badaniem genetycznym w przebiegu wrodzonej ślepoty Lebera; 2) wiek od 4 do 35 lat; 3) ostrość wzroku określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) równa lub większa 0,05 w leczonym oku i pole widzenia ograniczone nie więcej niż do 30 stopni we wszystkich	**1. Dawkowanie** Podawanie leku prowadzone oraz leczenie immunomodulujące należy prowadzić zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) potwierdzenie biallelicznej mutacji genu RPE65; 2) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS;– u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak poczucia światła (bpś), b) poczucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a; 4) oszacowanie liczby żywych komórek siatkówki z użyciem optycznej tomografii koherencyjnej (OCT); 5) badanie FST – badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie; 6) badanie ERG siatkówki;

południkach w leczonym oku (badane perymetrem kinetycznym Goldmana znaczkiem III4e); 4) wystarczająca liczba żywych komórek siatkówki, oszacowana w optycznej koherentnej tomografii (OCT) opisana kryteriami jak niżej: a) obszar siatkówki w obrębie tylnego bieguna >100 mikronów grubości, b) obszary siatkówki bez atrofii i zwyrodnienia barwnikowego w obrębie tylnego bieguna o wielkości ≥3 dd (wielkości tarczy nerwu wzrokowego); 5) niewygaszona bioelektryczna czynność w odpowiedzi fotopowej w badaniu ERG; 6) pozytywny wynik badania progu pełnego pola w badaniu FST na barwę białą przy jednoczesnym pozytywnym badaniu progu pełnego pola w badaniu FST na barwę czerwoną i niebieską; 7) brak innych, współistniejących mutacji biallelicznych genu RPE65 potwierdzonych badaniem genetycznym, mających wpływ na funkcje widzenia; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Wszystkie kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa wykonania witrektomii tylnej** 1) rutynowe badanie okulistyczne oceniające ostrość wzroku, przedni i tylny odcinek oka; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego. Badania przeprowadza się w okresie pooperacyjnym w 1, 7 i 14 dniu po zabiegu. **2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia woretygenem neparwowek** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS – u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak poczucia światła (bpś), b) poczucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a; 4) badanie FST - badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie;

Obserwacja i monitorowanie w ramach programu lekowego trwa 12 miesięcy od podania woretygenu neparwowek do danego oka. **3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) przyjmowanie wysokich dawek związków retinoidowych (>7500 jednostek retinolu [lub >3300 IU] ekwiwalentnych do dziennej dawki witaminy A lub ich prekursorów w ciągu ostatnich 18 miesięcy, które potencjalnie mogłyby wpływać na aktywność biochemiczną enzymu *RPE65*; 2) operacja wewnątrzgałkowa w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 3) nadwrażliwość na leki zaplanowane do przyjmowania w okresie okołooperacyjnym; 4) wcześniejsze choroby oczu lub choroby ogólnoustrojowe, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiłyby planowaną operację bądź zakłóciłyby poprawną interpretację wyników badań; 5) czynna choroba zakaźna; 6) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży i karmienia piersią. **4. Kryteria wystąpienia odpowiedzi na leczenie** Ocena odpowiedzi na leczenie odbywa się 6 miesięcy od podania woretygenu neparwowek. W przypadku zakwalifikowania przez Zespół Koordynacyjny wyniku leczenia jako poprawy zgodnie z poniższymi kryteriami oraz gdy nie wystąpiły działania niepożądane związane z lekiem i powikłania witrektomii tylnej, które w opinii Zespołu uniemożliwiają kolejne podanie leku, Zespół może wydać zgodę na podjęcie leczenia drugiego oka.		5) badanie ERG siatkówki. Badania przeprowadza się po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od podania woretygenu neparwowek. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Do podjęcia decyzji w niektórych przypadkach może być konieczne przeprowadzenie badania przez członków Zespołu Koordynacyjnego. Jako odpowiedź na leczenie klasyfikowana będzie: 1) utrzymanie ostrości wzroku z kwalifikacji dla ostrości wzroku wyższych lub równych 0,2 wg. Snellena lub poprawa ostrości wzroku o 15 lub więcej liter na tablicy ETDRS w stosunku do wartości wyjściowych dla ostrości wzroku równych 0,05 i 0,1 wg. Snellena; 2) poprawa pola widzenia o 15 stopni (wyznaczonego za pomocą perymetru Goldmann a (bodziec testowy III4e) lub utrzymanie pola widzenia dla prawidłowego pola widzenia; 3) poprawa w badaniu ERG bioelektrycznej czynności w odpowiedzi fotopowej; 4) poprawa poczucia światła o > 10dB w badaniu FST na barwę białą, czerwoną i niebieską; 5) brak trwałych powikłań związanych z przeprowadzoną operacją podania leku. Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.		

Załącznik B.168.

LECZENIE PACJENTÓW Z NIEREAGUJĄCYM LUB OPORNYM NA LECZENIE ZAKAŻENIEM WIRUSEM CYTOMEGALII (CMV) (ICD-10: B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Wizyty monitorujące odbywają się co 14 dni (±2 dni).
W programie finansuje się leczenie:
1) maribawirem w II lub kolejnej linii leczenia
pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych lub narządu litego zakażonych wirusem cytomegalii (CMV) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) udokumentowane przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT) lub przeszczepienie narządu litego (SOT);
3) zakażenie CMV potwierdzone w badaniu ilościowym CMV-DNA (qPCR) z poziomem wiremii CMV w momencie kwalifikacji do leczenia maribiwirem > 910 IU/ml lub równoważnik w kopiach/ml;
4) brak skuteczności wcześniejszego leczenia rozumiany jako:</td>
<td>Sposób podawania, modyfikacje dawki oraz dostosowanie czasu trwania terapii (do maksymalnie 12 tygodni (±2 dni)) prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) ilościowe oznaczenie CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (badanie ilościowe reakcji łańcuchowej polimerazy, qPCR) – badanie należy wykonać nie później niż 3 dni przed włączeniem leczenia;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi;
5) oznaczenie czasu protrombinowego (INR);
6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
8) określenie skali Child-Pugh u pacjentów po SOT;
9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
10) ocena eGFR;
11) badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia
1) morfologia krwi z rozmazem;</td>
</tr>
</table>

a) brak spadku wiremii CMV w stosunku do wartości wyjściowej o co najmniej 1 log po co najmniej 14 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foskarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 14 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków) lub b) w opinii lekarza prowadzącego brak poprawy lub nasilenie objawów narządowych u pacjentów po SOT z rozpoznaną w badaniu histologicznym narządową postacią CMV, mogącą prowadzić do utraty przeszczepionego narządu przy jednoczesnym braku spadku wiremii CMV o co najmniej 1 log po co najmniej 21 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foskarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 21 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków); 5) wykluczenie inwazyjnej choroby tkankowej CMV obejmującej OUN (włączając zapalenie mózgu) lub siatkówkę oka; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych oraz wykluczenie terapii stanowiących przeciwskazanie do leczenia maribawirem stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego		2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450 (CYP3A/P-gp; m. in. takrolimus, cyklosporyna, sirolimus i ewerolimus) stosowanych w trakcie leczenia maribawirem; 6) oznaczenie ilościowe CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (qPCR). Badania monitorujące wykonuje się co 14 dni (±2 dni) od rozpoczęcia leczenia maribawirem do czasu zakończenia leczenia maribawirem. Każdorazowo oznaczenie CMV-DNA (qPCR) powinno być wykonywane w tym samym laboratorium przy tej samej dolnej granicy oznaczalności (LLQ), każdorazowo z wykorzystaniem tego samego typu materiału (zawsze z krwi pełnej lub zawsze z osocza). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności terapii zawartego w

sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4. Leczenie trwa 8 tygodni (±2 dni), z możliwością przedłużenia do maksymalnie 12 tygodni (±2 dni). **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełnić poniższe: 1) zmniejszenie poziomu CMV-DNA względem wartości oznaczonej w momencie włączenia do programu o co najmniej 1 log na wizycie monitorującej leczenie w 14 dniu oraz brak wzrostu CMV-DNA na każdej kolejnej wizycie monitorującej, w odniesieniu do wartości w momencie włączenia do leczenia – kontynuacja leczenia pomimo niespełnienia powyższego wymaga sprawozdania do SMPT; 2) terapię uznaje się za skuteczną gdy poziom CMV-DNA zmierzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących spadnie poniżej dolnego progu oceny dla stosowanej metody oznaczania CMV-DNA – czas trwania leczenia, po którym osiągnięto skuteczność wymaga sprawozdania do SMPT w formacie [tyg. + dni]. **4. Kryteria wyłączenia z programu**		punkcie 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia (tj. poziom CMV-DNA*); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

1) niewykrywalny poziom CMV DNA (poniżej dolnej granicy oznaczalności dla danego laboratorium) w dwóch kolejnych pomiarach przeprowadzonych w trakcie leczenia, stwierdzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących; 2) kliniczne objawy nieskuteczności leczenia, w tym u pacjentów z narządową postacią choroby po SOT; 3) wystąpienie infekcji CMV w OUN; 4) wystąpienie zapalenia siatkówki wywołanego CMV jeśli konieczne jest podanie innego leku przeciw CMV ogólnoustrojowego lub doszklistkowo; 5) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.169.

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *mepolizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) rozpoznanie zespołu hipereozynofilowego (HES) na podstawie wywiadu hipereozynofilii przebiegającej z uszkodzeniem lub dysfunkcją ≥ 1 narządu pod warunkiem wykluczenia innych potencjalnych przyczyn uszkodzeń, przy czym do rozpoznania hipereozynofilii konieczne jest udokumentowanie w przeszłości lub w momencie przeprowadzenia badania kwalifikującego co najmniej jednego poniższych:	**1. Dawkowanie** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 300 mg podawane podskórnie raz na 4 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną. **3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych** Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty monitorujące w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) morfologia krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 5) elektrokardiogram (EKG); 6) echokardiografia serca (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 7) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi; 8) RTG lub TK klatki piersiowej (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 9) USG lub TK jamy brzusznej; 10) spirometria; 11) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego, jeśli dotyczy (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 12) badanie ogólne moczu; 13) badanie PCR lub badanie FISH na obecność rearanżacji *FIP1L1 PDGFRA* (możliwe wykorzystanie badań wykonanych wcześniej);

a) bezwzględna liczba eozynofilów >1500 komórek/µl we krwi obwodowej w dwóch badaniach w odstępie co najmniej jednego miesiąca lub b) potwierdzenie tkankowej eozynofilii na podstawie co najmniej jednego z następujących: – w badaniu szpiku kostnego odsetek eozynofilów >20% wszystkich komórek jądrzastych – rozległy (w opinii patologa) naciek eozynofilowy w badaniu wycinka tkanki – wyraźne odkładanie się białek ziarnistości eozynofilów w badaniu wycinka tkanki; 3) niewystarczająca kontrola HES definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch zaostrzeń HES w ostatnim roku, z liczbą eozynofilów ≥1000 kom./µl w momencie kwalifikacji albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do leczenia w programie. Zaostrzenie rozpoznaje się na podstawie nasilenia objawów HES lub ≥ 2-krotnego zwiększenia liczby eozynofilów wymagającego zwiększenia dawki systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia dawki/dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych stosowanych w leczeniu HES; 4) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 5) wcześniejsze leczenie HES obejmujące prednizon lub jego ekwiwalent w dawce ≥10 mg/d z lub bez leków cytotoksycznych czy immunosupresyjnych przez co najmniej 4 tygodnie; 6) udokumentowany ujemny wynik badania w kierunku genu fuzyjnego *FIP1L1 PDGFRA*;	Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie przyczyn reaktywnej hipereozynofilii; 15) ocena stanu sprawności wg skali ECOG; 16) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) wykonany nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku. **2. Monitorowanie leczenia** **Po 32 i 52 tygodniu od pierwszego podania substancji czynnej oraz każdym kolejnym 32 tygodniu leczenia należy wykonać:** 1) morfologię krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) echokardiografię serca (jeśli była dysfunkcja przy kwalifikacji do programu wskazująca na zajęcie narządowe); 8) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi (jeśli było nieprawidłowe przy kwalifikacji do programu); 9) spirometrię; 10) badanie ogólne moczu; 11) RTG lub TK klatki piersiowej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 12) USG lub TK jamy brzusznej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 13) ocenę stanu sprawności wg skali ECOG; 14) ocenę skuteczności zastosowanej terapii na podstawie:

7) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (do decyzji lekarza prowadzącego); 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. **3. Kryteria wyłączenia**		a) braku pogorszenie objawów klinicznych; b) braku konieczności zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez 5 dni lub braku konieczności zwiększenia dawki lub dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) nieskuteczność leczenia definiowana jako wystąpienie zaostrzeń choroby przez okres przynajmniej 3 miesięcy w obserwacji 12-miesięcznej. Zaostrzenie rozumiane jest jako: a) udokumentowane, związane z HES pogorszenie objawów klinicznych wymagające zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez ≥ 5 dni lub zwiększenie/dodanie jakiejkolwiek terapii cytotoksycznej lub immunosupresyjnej w HES; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.		

Załącznik B.170.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z POLINEUROPATIĄ W I LUB II STADIUM ZAAWANSOWANIA W PRZEBIEGU DZIEDZICZNEJ AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.
W programie finansuje się leczenie:
1) wutrisyranem
zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i więcej;
2) rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej (ATTR);
3) postać dziedziczna ATTR potwierdzona wynikiem badania genetycznego;
4) stwierdzona polineuropatia stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho (stadium I – pacjent chodzący samodzielnie z objawami polineuropatii; stadium II – pacjent chodzący z</td>
<td>1. Dawkowanie
Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wutrisyranu to 25 mg podawane podskórnie co 3 miesiące.
2. Modyfikacja dawkowania
Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe;
2) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej;
3) potwierdzenie rozpoznania polineuropatii i ocena stopnia jej zaawansowania poprzez następujące badania:
a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgnistych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score;
b) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo;
c) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test);
d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale;
e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania</td>
</tr>
</table>

jedno- lub obustronnym podparciem z objawami polineuropatii), jako skutek ATTR; 5) nieobecność zaawansowanej kardiomiopatii (klasa NYHA 3 lub 4); 6) wykluczenie występowania innej postaci amyloidozy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego, w tym zaawansowanych chorób lub uszkodzeń narządów skutkujących złym rokowaniem; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		choroby; f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho; 4) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP (możliwe wykorzystanie wyniku badania z dokumentacji medycznej pacjenta) lub USG serca – wybór badania do decyzji lekarza prowadzącego; 5) określenie klasy NYHA; 6) konsultacja kardiologiczna wykonana w ciągu miesiąca przed kwalifikacją oceniająca obecność kardiomiopatii w przebiegu ATTRv (na podstawie badania z pkt 4) oraz stopień jej zaawansowania (określenie klasy NYHA); 7) badania laboratoryjne krwi/ surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, TSH, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina; 8) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii; 9) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie; 10) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 11) stężenie witaminy A w surowicy krwi (badanie wykonane w ciągu ostatnich 3 miesięcy); 12) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A; 13) hemoglobina glikowana; 14) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 15) stężenie wit. B12 w surowicy.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Znaczna progresja choroby pomimo leczenia wutrisyranem, definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho (pacjent nie chodzi samodzielnie) lub progresja objawów kardiomiopatii do klasy NYHA III lub IV, wymaga jednogłośnej zgody lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjego co do zasadności kontynuacji terapii. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nieskuteczność terapii stwierdzona na wizycie monitorującej leczenie po 12 miesiącach leczenia definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho; 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia (zgodnie z definicją przyjętą w pkt *2. Określenie czasu leczenia w programie*), gdy w opinii lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego nie ma zasadności do kontynuacji terapii; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią;		**2. Monitorowanie leczenia:** 1) ocena stopnia zaawansowania polineuropatii poprzez następujące oceny: a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgnistych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score; b) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test); c) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo; d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale; e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania choroby; f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho; 2) konsultacja kardiologiczna – z określeniem klasy NYHA – wykonana w ciągu miesiąca przed wizytą monitorującą; 3) badania laboratoryjne krwi/surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina; 4) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii; 5) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie;

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		6) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 7) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A - opcjonalnie; 8) stężenie witaminy A – wynik do 1 miesiąca. Badania wykonuje się co 6 miesięcy, za wyjątkiem badań pkt. 1c) oraz 8 które wykonuje się nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Weryfikacja skuteczności leczenia przez Zespół Koordynacyjny odbywa się po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie w programie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii: *stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho, wynik w skali NIS, prealbumina* oraz *klasa NYHA*; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-

		rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.171.

LECZENIE PACJENTÓW Z PIERWOTNĄ NEFROPATIĄ IgA (ICD-10: N02.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie: 1) *budezonidem* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) pacjenci z rozpoznaną pierwotną nefropatią IgA (IgAN), potwierdzoną biopsją nerki; 2) wiek ≥ 18 lat; 3) ryzyko szybkiej progresji choroby rozumianej jako utrzymujący się białkomocz (stosunek białka do kreatyniny w moczu [ang. urine protein creatinine ratio - UPCR] wynoszący ≥1,5 g/gram) pomimo zoptymalizowanego leczenia nefroprotekcyjnego tj. maksymalnej tolerowanej lub maksymalnej dozwolonej dawki inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEi) lub antagonisty receptora angiotensyny (ARB) przez ≥3 miesiące; 4) eGFR ≥35 ml/min/1,73 m^2; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka budezonidu wynosi 16 mg raz na dobę przez 9 miesięcy. Jeśli leczenie ma być zakończone, dawkę należy zmniejszyć do 8 mg raz na dobę przez 2 tygodnie terapii; tę dawkę można zmniejszyć do 4 mg raz na dobę na dodatkowe 2 tygodnie, według uznania lekarza prowadzącego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) wynik biopsji nerek potwierdzający rozpoznanie IgAN wykonanej w okresie ostatnich 24 miesięcy; 2) morfologia krwi; 3) ocena stężenia elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP, fosfataza alkaliczna, bilirubina całkowita), glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy; 4) badanie ogólne moczu; 5) ocena dobowego wydalania białka z moczem –na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR) - co najmniej 2 pomiary w odstępnie co najmniej miesiąca; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) badanie okulistyczne. **2. Monitorowanie leczenia w 1, 3, 6 i 9 miesiącu terapii** 1) morfologia krwi; 2) stężenie elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy;

ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 1) finansowanie cyklu leczenia w ramach programu trwa 9 miesięcy oraz maksymalnie 1 miesiąc redukcji dawki; 2) w przypadku nawrotu aktywności choroby pacjent może ponownie rozpocząć leczenie w ramach programu pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacji; 3) w przypadkach uzasadnionych klinicznie, leczenie może zostać przerwane przez lekarza prowadzącego. Po ustąpieniu przyczyn przerwania leczenia w programie, możliwe jest wznowienie udziału w programie celem dokończenia leczenia, za zgodą lekarza prowadzącego, jeżeli przewiduje się uzyskanie korzyści klinicznych przez pacjenta i jeżeli zostaną ponownie spełnione kryteria kwalifikacji do programu. Leczenie budesonidem w ramach programu lekowego zostanie wydłużony o ten czas. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nadwrażliwości na budezonid lub na którąkolwiek		3) badanie ogólne moczu; 4) ocena dobowego wydalania białka z moczem na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR); 5) pomiar ciśnienia tętniczego. **3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności ocenione po 9 miesiącach leczenia: 1) ocena zmniejszenia białkomoczu na podstawie wskaźnika białko/kreatynina w moczu (UPCR) po 9 miesiącach w porównaniu z wartością wyjściową. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

substancję pomocniczą; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C według klasyfikacji Childa-Pugha); 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem, wymagających przerwania terapii w ocenie lekarza prowadzącego lub wystąpienie określonych w aktualnym ChPL przeciwwskazań do leczenia; 4) okres ciąży lub karmienia piersią, chyba że istnieją przekonujące powody uzasadniające stosowanie leku, zgodnie z aktualną ChPL; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.172.

LECZENIE CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM NOWOTWOREM PODŚCIELISKOWYM PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) (ICD-10: C15, C16, C17, C18, C20, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST): 1) ripretynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 3) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie oceny stanu klinicznego lub wyników badań obrazowych; 4) stosowanie uprzednio 3 lub więcej inhibitorów kinaz, w tym imatynibu; 5) udokumentowana progresja lub nietolerancja leczenia inhibitorami kinaz, w tym imatynibem, pomimo modyfikacji dawkowania (3.-4. stopień toksyczności);	**1. Dawkowanie** **1.1. ripretynib** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego ripretynibu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu; 9) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań); 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.

6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do zmierzenia zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 7) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 11) brak aktywnych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia ripretynibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12-14 tygodni. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 9) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące; 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie TK lub MR odpowiednich obszarów ciała (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące;

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ripretynib lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 3) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.173.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁYSIENIA PLACKOWATEGO (ICD-10: L63)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: *1) ritlecytynibem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 12 lat i powyżej; 2) rozpoznanie łysienia plackowatego potwierdzone badaniem przedmiotowym i badaniem trichoskopowym lub badaniem histologicznym; 3) ciężka postać choroby definiowana jako wynik w skali SALT (Severity of Alopecia Tool) ≥ 50; 4) łysienie plackowate trwające bez odrostu od 6 miesięcy; 5) nieskuteczność co najmniej jednego leczenia systemowego lub nietolerancja dotychczasowej terapii; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka ritlecytynibu to 50 mg przyjmowane raz na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy; 8) oznaczenie antygenu HBS; 9) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 10) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową PCR – w przypadku pozytywnego wyniku na przeciwciała anty-HCV; 11) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 12) test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) badanie trichoskopowe; 15) ocena nasienia objawów choroby w skali SALT;

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku stwierdzenia: ciężkiego zakażenia lub zakażenia oportunistycznego lub bezwzględnej liczby limfocytów (ALC) $< 0,5 \times 10^3$ /mm^3 lub liczby płytek krwi $< 50 \times 10^3$ /mm^3 lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających podanie leku. W przypadku przerwy wynoszącej ponad 6 tyg. pacjent musi przejść ponowną kwalifikację do programu. **2. Określenie czasu leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. W przypadku zajścia w ciążę leczenie ritlecytynibem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz		16) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy. Badanie wykonywane są po 1 miesiącu (±14 dni), po 3 miesiącach (±14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 3 miesiące (±14 dni). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie trichoskopowe; 2) ocena nasilenia objawów choroby w skali SALT; 3) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. Badania wykonywane są po 6 miesiącach (±14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 6 miesięcy (±14 dni). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. **3. Kryteria oceny skuteczności leczenia** W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: a) uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (±14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (±14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie. Pełna odpowiedź na leczenie definiowana jest jako: b) uzyskanie co najmniej SALT10 lub 90% redukcja SALT po 6 miesiącach (±14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (±14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie. **4. Kryteria wyłączenia** 1) brak uzyskania co najmniej adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z definicją przedstawioną w pkt a) *Kryteria oceny skuteczności leczenia* tj. uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (±14 dni) od rozpoczęcia leczenia **oraz** utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (±14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie; 2) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu;		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. wynik w skali SALT oraz % redukcja SALT; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

3) ciąża lub laktacja – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w *Określenie czasu leczenia w programie*; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, m.in. aktywne ciężkie zakażenie, w tym gruźlica; 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		

Załącznik B.174.

LECZENIE CHORYCH NA ATAKSJĘ FRIEDREICHA (ICD-10: G11.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia omaweloksolonem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek:16 lat i powyżej; 2) rozpoznanie ataksji Friedreicha potwierdzone badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem	**1. Dawkowanie leku w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalna dawka to 150 mg omaweloksolonu raz na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie stężenia glukozy i HbA1c we krwi; 5) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 6) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 7) elektrokardiografia (EKG); 8) echokardiografa (ECHO); 9) konsultacja kardiologiczna; 10) pomiar masy ciała; 11) test ciążowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia.

trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia omaweloksolonem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U pacjentów po ukończeniu 18 r.ż., leczenie trwa do momentu określonego kryteriami wyłączenia w pkt. 3. W szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia. U pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha. Z powodu potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią, możliwe jest czasowe zawieszenie leczenia z możliwością powrotu do stosowanej terapii. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako pogorszenie o więcej niż 2 punkty średnio rocznie w skali mFARS potwierdzone w dwóch kolejnych ocenach rocznych z zaznaczeniem, że:		Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej wraz z badaniem genetycznym na podstawie której postawiono rozpoznanie ataksji Friedreicha; **2. Monitorowanie leczenia** Raz w miesiącu, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie okresowo, zależnie od wskazań klinicznych należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi. Co 6 miesięcy, w 1. roku leczenia i raz na 12 miesięcy od 2. roku leczenia należy wykonać: 1) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 2) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 3) pomiar masy ciała. Raz na 12 miesięcy należy wykonać: 1) elektrokardiografia (EKG); 2) echokardiografa (ECHO); 3) konsultacja kardiologiczna. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wykonuje się co 6 miesięcy. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję

a) w szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia, b) nie dotyczy pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., u których leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha; 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		Friedreicha określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - zmiana wyniku w skali mFARS w ciągu 12 miesięcy leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali mFARS przy rozpoczynaniu leczenia, b) wynik w skali mFARS podczas oceny skuteczności; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.175.

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM ALAGILLE'A (ICD-10 Q44.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie świądu w przebiegu cholestazy u pacjentów z zespołem Alagille'a: 1) *maraliksybatem* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek co najmniej 2 miesiące; 2) stężenie kwasów żółciowych w surowicy powyżej 70 µmol/l w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; 3) w wywiadzie trudny w opanowaniu świąd, tj. wynik w skali ItchRO(Obs) >2,0 w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; 4) cholestaza: tj. stężenie bilirubiny bezpośredniej powyżej 1 mg/dl; 5) udokumentowany brak skuteczności innych metod leczenia, w tym kwasu ursodeoksycholowego (UDCA) oraz ryfampicyny, po minimum trzech miesiącach leczenia, w optymalnych dawkach na masę ciała; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	**1. Dawkowanie** **1.1. maraliksybat** Dawkowanie i sposób podawania maraliksybatu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu zespołu Alagille'a.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kwasów żółciowych; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 7) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 8) oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika; 9) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 10) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram); 11) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs);

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. Do programu włączani są ponownie pacjenci, którzy zakwalifikowali się do leczenia w ramach programu i po 24 miesiącach leczenie zostało zawieszone w celu sprawdzenia czy jest ono nadal wymagane, i u których po 4 tygodniach obserwacji stwierdzono wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) nadwrażliwość na maraliksybat lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) chirurgiczne przerwanie krążenia jelitowo-wątrobowego; 3) historia przeszczepienia wątroby;		12) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 13) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 14) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4 tygodniach, od rozpoczęcia leczenia maraliksybatem. Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na miesiąc, a po stabilizacji stanu klinicznego, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kwasów żółciowych; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika; 8) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs); 9) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

4) zdekompensowana marskość wątroby; 5) wcześniejsza lub obecna inna współistniejąca choroba wątroby; 6) przewlekła biegunka wymagająca stałego podawania płynów dożylnie lub interwencji żywieniowej; 7) występowanie lub obecność w przeszłości jakiejkolwiek innej choroby lub stanów, o których wiadomo, że zaburzają wchłanianie, dystrybucję, metabolizm lub wydalanie leków, w tym metabolizm soli żółciowych w jelicie. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia maraliksybatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Po 24 miesiącach leczenia podawanie leku zostaje zawieszone w celu oceny po 4 tygodniach obserwacji czy objawy świądu powrócą. Jeżeli po 4 tygodniach obserwacji stwierdzi się wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt pacjent automatycznie zostaje zakwalifikowany ponownie do leczenia w ramach programu. W przypadku zajścia w ciążę leczenie maraliksybatem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.		Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: 1) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 2) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 3) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 4) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 5) konsultacje w razie wskazań klinicznych: okulistyczna, neurologiczna, kardiologiczna, nefrologiczna, gastrologiczna. Regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u świadczeniobiorców, u których występuje biegunka. **3. Ocena skuteczności leczenia** Skuteczność leczenia maraliksybatem oceniana jest na podstawie: 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – leczenie uznaje się za skuteczne jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 50% względem wartości początkowych lub zostanie osiągnięte stężenie ≤70 μmol/l; 2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora ItchRO(Obs) – opiekunowie pacjenta wypełniają codziennie rano i wieczorem kwestionariusz ItchRO(Obs). Ocenie poddawane są wyniki średnie z każdego tygodnia obserwacji. Leczenie uznaje się za skuteczne jeśli zostanie osiągnięta pozytywna ocena świądu rozumiana jako zmniejszenie nasilenia świądu o co najmniej jeden punkt w porównaniu do wartości

4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. *3. Ocena skuteczności leczenia*; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza prowadzącego; 6) okres ciąży lub karmienia piersią – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w *Określenie czasu leczenia w programie*; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 8) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu nieskuteczności lub braku odpowiedzi na leczenie nie powinien być ponownie włączany do terapii tą samą substancją czynną. **5. Kryteria ponownego włączenia do programu**		wyjściowej (w momencie kwalifikacji do programu) w ostatnich 6 tygodniach 3 miesięcznego okresu obserwacji. Ocenę skuteczności leczenia *maraliksybatem* na podstawie powyższych badań laboratoryjnych i obrazowych wykonuje się w 3 miesiącu od rozpoczęcia terapii, następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie *maraliksybatem*, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1 i 2. **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) stężenia kwasów żółciowych, b) oceny świądu oraz jakości snu wg skali ItchRO(Obs), c) zmiany stężenia parametrów laboratoryjnych wyszczególnionych w pkt 2 *Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia*. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące; 2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie z powodu wystąpienia chorób współistniejących i sytuacji niezależnych od pacjenta, po ustąpieniu wyżej wymienionych okoliczności, jeżeli w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące.		

Załącznik B.176.

LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ZANIKOWE BOCZNE (ICD-10: G12.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia tofersenem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek:18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie postaci genetycznej stwardnienia zanikowego bocznego (ALS, *amyotrophic lateral sclerosis*) spowodowanej mutacją w genie dysmutazy ponadtlenkowej 1 SOD1 potwierdzoną badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak przeciwwskazań do nakłucia lędźwiowego; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili	**1. Dawkowanie leku w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalnie finansuje się 100 mg tofersenu na podanie. Leczenie należy rozpocząć od 3 dawek nasycających podawanych w odstępach 14-dniowych. Następnie należy podawać dawkę podtrzymującą raz na 28 dni. W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie genetyczne w kierunku genetycznej postaci ALS w przypadku braku wcześniejszego wyniku; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie eGFR we krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) koagulogram (APTT, PT, TT, fibrynogen, płytki krwi); 8) oznaczenie wskaźnika BMI; 9) spirometria lub gazometria tętnicza; 10) tomografia komputerowa głowy; 11) test ciążowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali ALSFRS-R (ang. *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale*) wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia oraz zmiany w ciągu ostatnich 3 miesięcy jeśli te dane są dostępne.

rozpoczęcia leczenia tofersenem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia w pkt.3. Przed wyłączeniem z programu lekowego lekarz prowadzący może wystąpić o opinię do Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) stopień ciężkości choroby, w którym terapia nosi znamiona uporczywej; 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) pojawienie się przeciwwskazań do nakłucia lędźwiowego; 4) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają kontynuację leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuację leczenia; 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 9) ciąża lub karmienie piersią; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów w		**2. Monitorowanie leczenia** Przed podaniem każdej dawki tofersenu: 1) badanie dna oka; 2) oznaczenie wskaźnika BMI; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie eGFR we krwi; 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) koagulogram (APTT, PT, TT, fibrynogen, płytki krwi); 9) test ciążowy – dotyczy kobiet w wieku reprodukcyjnym. Ocenę stopnia ciężkości choroby w skali ALSFRS-R wykonuje się co 3 miesiące. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali ALSFRS-R przy rozpoczynaniu leczenia, b) wynik w skali ALSFRS-R podczas oceny skuteczności;

szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo 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.177.

LECZENIE DZIECI I MŁODZIEŻY CHORYCH NA GLEJAKA (ICD-10: C71)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka przy wykorzystaniu substancji czynnej dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) dzieci powyżej 1 roku życia i młodzież; 2) masa ciała co najmniej 8 kg; 3) rozpoznanie i wcześniejsze leczenie: a) glejak o niskim stopniu złośliwości, zgodnie z klasyfikacją histologiczną WHO oraz postępująca choroba po leczeniu chirurgicznym lub nieoperacyjny guz, z koniecznością rozpoczęcia leczenia ogólnoustrojowego ze względu na ryzyko upośledzenia neurologicznego, albo b) glejak o wysokim stopniu złośliwości, zgodnie z klasyfikacją histologiczną WHO oraz choroba nawrotowa lub z progresją/brakiem odpowiedzi na leczenie pierwszego rzutu (lub chorzy, którzy otrzymali wcześniej przynajmniej jeden cykl leczenia radioterapią lub chemioterapią); 4) obecność mutacji BRAF V600E;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL). **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologiczne potwierdzenie obecności glejaka o niskim stopniu złośliwości albo o wysokim stopniu złośliwości; 2) potwierdzenie mutacji BRAF V600E z użyciem zwalidowanej metody diagnostycznej; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w osoczu; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 7) pomiar ciśnienia krwi; 8) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub RANO. 9) konsultacja dermatologiczna w kierunku zmian skórnych. **2. Monitorowanie leczenia**

5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie. **3. Kryteria wyłączenia z programu**		W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz w miesiącu wykonuje się: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w osoczu; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) oznaczenie stężenia amylazy w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz na trzy miesiące wykonuje się: 1) konsultację okulistyczną; 2) konsultację kardiologiczną. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe TK lub MRI konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST lub RANO. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania wykonuje się co 14 – 18 tygodni.

1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN); 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na *dabrafenib lub trametynib* lub na substancję pomocniczą; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie; – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD); – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). **4. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących oceny skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Załącznik B.178.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO PIERWOTNEGO ZESPOŁU BÓLOWEGO PĘCHERZA MOCZOWEGO (ICD-10: N30.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz urolog po zasięgnięciu opinii ginekologa (w przypadku kobiet) oraz w razie potrzeby specjalisty ds. leczenia bólu. W programie finansuje się leczenie: 1) *pentozanem wielosiarczanem sodowym* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 18 lat; 2) rozpoznanie zespołu bolesnego pęcherza/śródmiąższowego zapalenia pęcherza kategorii 2B lub wyższej wg ESSIC, przy czym ostatnia cystoskopia i badanie anatomopatologiczne (jeśli wykonywano) nie mogą być starsze niż 12 miesięcy. Nie ma możliwości kwalifikacji do programu pacjenta z glomerulacjami i nie wykonana lub prawidłową biopsja pęcherza; 3) całkowity wynik ≥ 11 według wskaźnika objawów śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); 4) uzyskanie wyniku > 0 według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalna dawka pentozanu wielosiarczanu sodu wynosi 300 mg/dobę w postaci jednej kapsułki 100 mg przyjmowanej doustnie trzy razy na dobę. Kapsułki należy przyjmować co najmniej godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku, popijając wodą.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) wywiad lekarski wraz z: a) oceną charakterystyki bólu (lokalizacja bólu, rodzaj bólu, stopień nasilenia bólu, czynniki nasilające ból), b) identyfikacją czynników wywołujących lub nasilających ból (w tym dietetycznych), c) występowaniem objawów z dolnych dróg moczowych, d) występowaniem objawów związanych z narządami miednicy mniejszej; 2) ocena nasilenia objawów według wskaźnika objawów śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); 3) badanie fizykalne z badaniem neurourologicznym (badanie per rectum lub per vaginam); 4) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 5) badanie cystoskopowe i ocena anatomopatologiczna (dopuszczalne jest badanie archiwalne nie starsze niż 12 miesięcy) i oceną wg ESSIC; 6) 3 - dniowy dzienniczek mikcji (ilość, objętość, czas mikcji (data, godzina), ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów) - nie starszy niż 7 dni;

Sant (kwestionariusz ICSI) w przypadku każdego z komponentów (ból pęcherza moczowego, parcie na mocz, częstość oddawania moczu, nokturia) oraz wyniku ≥ 3 przynajmniej dla jednego z komponentów kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); 5) co najmniej 15 mikcji / dobę (≥ 45 mikcji w ciągu 3 kolejnych dni); 6) utrzymujący się przez co najmniej 12 miesięcy ból, ucisk lub dyskomfort miednicy, odczuwany jak mający związek z pęcherzem moczowym; 7) potwierdzony brak skuteczności leczenia fizjoterapią, modyfikacjami diety i lekami przeciwbólowymi nienarkotycznymi, przy czym leczenie trwało min 6 miesięcy; 8) wykluczenie innych jednostek chorobowych, jako przyczyn dolegliwości (ból pęcherza moczowego, parcie na mocz, częstość oddawania moczu, nokturia); 9) negatywny wywiad w kierunku: pęcherza popromiennego, pęcherza neurogennego, nowotworów układu moczowo-płciowego; 10) ujemny wynik posiewu moczu; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 12) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.		7) badania obrazowe zgodne z zaleceniami dla zespołu bolesnego pęcherza moczowego/śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego (minimum: badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej); 8) konsultacja kardiologiczna w przypadku pacjentów przyjmujących przewlekle leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwpłytkowe, w tym kwas acetylosalicylowy (ASA) lub niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), (z wyłączeniem stosowania ASA poniżej 100 mg oraz doraźnego stosowania NLPZ). **2. Monitorowanie leczenia** 1) wywiad lekarski wraz z: a) oceną charakterystyki bólu (lokalizacja bólu, rodzaj bólu, stopień nasilenia bólu, czynniki nasilające ból), b) identyfikacją czynników wywołujących lub nasilających ból (w tym dietetycznych), c) występowaniem objawów z dolnych dróg moczowych, d) występowaniem objawów związanych z narządami miednicy mniejszej; 2) ocena nasilenia objawów według wskaźnika objawów śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary - Sant (kwestionariusz ICSI); 3) badanie fizykalne z badaniem neurourologicznym (badanie per rectum lub per vaginam); 4) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; 5) 3 - dniowy dzienniczek mikcji (ilość, objętość, czas mikcji(data,godzina), ilość i natężenie parć naglących z lub

Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu– zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) brak wyniku anatomopatologicznego biopsji pęcherza lub wynik prawidłowy dla postaci z glomerulacjami; 2) brak próby leczenia zachowawczego przez min. 6 miesięcy; 3) udokumentowany czas trwania choroby krótszy niż 12 miesięcy. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak poprawy po upływie 6 miesięcy po rozpoczęciu terapii: wynik bez zmian lub większa liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) w porównaniu z wynikiem uzyskanym przy kwalifikacji do programu; 2) pogorszenie zarejestrowane w ciągu 2 kolejnych wizyt (zgodnie z pkt 2 - monitorowanie leczenia). Pogorszenie		bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów) - nie starszy niż 7 dni; 6) badania obrazowe zgodne z zaleceniami dla zespołu bolesnego pęcherza moczowego/śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego (minimum: badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej); 7) konsultacja okulistyczna wraz z badaniami okulistycznymi w celu wczesnego rozpoznania makulopatii barwnikowej (badanie pola widzenia, dna oka, elektroretinogram oraz angiografia fluoresceinowa); 8) konsultacja kardiologiczna w zakresie stosowania pentozanu wielosiarczanu sodowego z produktami leczniczymi wpływającymi na krzepnięcie krwi, takimi jak: leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwpłytkowe, w tym kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne – do decyzji lekarza prowadzącego. Pierwsze trzy wizyty kontrolne wraz z oceną skuteczności leczenia odbywają się co 4 tygodnie. Następnie wizyty kontrolne i ocena skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). Konsultacja okulistyczna odbywa się po 6 miesiącach stosowania pentozanu wielosiarczanu sodu, a następnie kolejne wizyty co 12 miesięcy (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania). **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

definiowane jest jako liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) większa o ≥ 1 w porównaniu z wynikiem uzyskanym w poprzedniej wizycie; 3) zwiększenie całkowitej liczby mikcji o więcej niż 10% w 3 dniowym dzienniczku mikcyjnym (w porównaniu do wartości wyjściowej) utrzymujące się podczas 2 kolejnych wizyt monitorujących (zgodnie z pkt 2 - monitorowanie leczenia); 4) nieprowadzenie dzienniczka mikcji; 5) nadwrażliwość na pentozanu wielosiarczanu sodu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 6) stwierdzenie istotnych zmian okulistycznych (rozpoznanie makulopatii barwnikowej); 7) ciąża lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii :w tym między innymi liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) oraz liczba mikcji wg. dzienniczka pacjenta; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
1	Abirateroni acetas	Abiral, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901720140555	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetas	Abirateron Sun, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991496258	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetas	Abiraterone Accord, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05055565780886	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetas	Abiraterone Glenmark, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991472276	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetas	Abiraterone Krka, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	03838989746711	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05907626709865	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetas	Abiraterone Stada, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991474102	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetas	Abiraterone Vipharm, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901812162175	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetas	Grumabix, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2025-04-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
12	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
13	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
14	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1><2>2025-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
15	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	C.68.; C.68.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
18	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2026-01-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	968,85	1046,36	1109,14	1109,14	C.110.	bezpłatny	0 zł
19	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2026-01-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1937,70	2092,72	2218,28	2218,28	C.110.	bezpłatny	0 zł
20	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
21	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2024-10-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	219,00	236,52	250,71	250,71	C.72.	bezpłatny	0 zł
22	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.72.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2025-04-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	350,00	378,00	400,68	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	800,00	864,00	915,84	801,36	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	430,00	464,40	492,26	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
27	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
28	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
29	Aprepitantum	Aprepitant Viatris, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
30	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1><3>2026-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	4875,00	5265,00	5580,90	5580,90	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
31	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	<1><2>2025-04-01/<3>2024-04-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7800,00	8424,00	8929,44	6697,08	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
32	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05055565797242	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	1486,30	1605,20	1701,52	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
33	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05055565797266	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	7431,50	8026,02	8507,58	8507,58	C.99.	bezpłatny	0 zł
34	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2096,79	2264,53	2400,41	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
35	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	10484,01	11322,73	12002,09	8507,60	C.99.	bezpłatny	0 zł
36	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2025-01-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
37	Azacitidinum	Azacitidine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	<1>2023-09-01; <2>2024-04-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
38	Azacitidinum	Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
39	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
40	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	553,50	597,78	633,65	633,65	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
41	Azacitidinum	Azacitidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	460,00	496,80	526,61	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azacitidinum	Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	<1>2025-10-01/<2>2024-10-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
43	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
44	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	362,50	391,50	414,99	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
45	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991501143	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	750,00	810,00	858,60	858,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
46	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991501136	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	200,00	216,00	228,96	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
47	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2075,00	2241,00	2375,46	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	518,75	560,25	593,87	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum monohydricum	Bendamustine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	5 fiol.po 4 ml	05909991497217	2024-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05397315000074	2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
51	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
52	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2024-10-01/<2>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><3>2025-04-01/<2>2026-04-01/<4>2025-01-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1690,00	1825,20	1934,71	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2026-04-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2025-07-01	<1><3>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
58	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
59	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.2.	bezpłatny	0 zł
60	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2026-01-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	51,90	C.2.	bezpłatny	0 zł
61	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2025-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
62	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	143,10	C.76.	bezpłatny	0 zł
63	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	200,34	C.76.	bezpłatny	0 zł
64	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2024-10-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	200,34	C.76.	bezpłatny	0 zł
65	Bortezomibum	Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2025-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
66	Bortezomibum	Bortezomib Ever Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05909991511166	2025-04-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	200,34	C.76.	bezpłatny	0 zł
67	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2026-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	175,00	189,00	200,34	200,34	C.76.	bezpłatny	0 zł
68	Bortezomibum	Bortezomib Reddy, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04251958600705	2024-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2026-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	114,00	123,12	130,51	130,51	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2026-04-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1067,34	1152,73	1221,89	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
71	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2026-04-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5133,33	5544,00	5876,64	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
72	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05999887284793	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
73	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05999887284809	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
74	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991538491	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
75	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991538538	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
76	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	08594739312159	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
77	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	08594739312142	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
78	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2025-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
79	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	C.97.	bezpłatny	0 zł
80	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	C.97.	bezpłatny	0 zł
81	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
82	Cabazitaxelum	Cabazitaxel MSN, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	05909991479909	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
83	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
84	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2023-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	15,00	16,20	17,17	17,12	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
85	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2023-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	30,00	32,40	34,34	34,23	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
86	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
87	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
88	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
89	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05902020241720	<1>2024-04-01/<2>2026-04-01	<1>3 lata/<2>1 rok	1006.0, Capecitabinum	55,00	59,40	62,96	62,96	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05902020241737	<1>2024-04-01/<2>2026-04-01	<1>3 lata/<2>1 rok	1006.0, Capecitabinum	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
91	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
92	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	394,98	426,58	452,17	452,17	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
94	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	16,90	18,25	19,34	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
97	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	158,00	170,64	180,88	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
98	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990450015	2025-10-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	22,80	24,62	26,10	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
99	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
100	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2026-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2026-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
104	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	22,50	24,30	25,76	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2025-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01/<3>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,30	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.; <3>C.95.c.	bezpłatny	0 zł
107	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01/<3>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.; <3>C.95.c.	bezpłatny	0 zł
108	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2025-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
109	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2025-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
110	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	126,00	136,08	144,24	91,80	C.11.	bezpłatny	0 zł
111	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2026-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	12,60	13,61	14,43	9,18	C.11.	bezpłatny	0 zł
112	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2026-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	63,00	68,04	72,12	45,90	C.11.	bezpłatny	0 zł
113	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,00	8,64	9,18	9,18	C.11.	bezpłatny	0 zł
114	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
115	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.11.	bezpłatny	0 zł
116	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2025-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
117	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	07622436113142	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	38,16	41,21	43,69	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
118	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07622436113159	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	76,32	82,43	87,37	87,36	C.13.	bezpłatny	0 zł
119	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 5 ml	07622436113135	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	19,08	20,61	21,84	21,84	C.13.	bezpłatny	0 zł
120	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
121	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	8,74	C.13.	bezpłatny	0 zł
122	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
123	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,19	8,85	9,39	9,39	C.14.	bezpłatny	0 zł
124	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	40,95	44,23	46,88	46,88	C.14.	bezpłatny	0 zł
125	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	81,90	88,45	93,75	93,75	C.14.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
126	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	163,80	176,90	187,52	187,52	C.14.	bezpłatny	0 zł
127	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	168,00	181,44	192,33	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
128	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	160,00	172,80	183,17	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
129	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	320,00	345,60	366,34	366,32	C.16.	bezpłatny	0 zł
130	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
132	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
133	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 111 mg	30 szt.	08594739302136	2026-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
134	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 16 mg	60 szt.	08594739302143	<1>2026-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
135	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08594739302259	<1>2026-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
136	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 63 mg	30 szt.	08594739302242	<1>2026-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
137	Dasatinibum	Daruph, tabl. powl., 79 mg	30 szt.	08594739264151	<1>2026-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
138	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	07613421021856	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
139	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	07613421021863	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3864,00	4173,12	4423,51	3606,12	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
140	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	07613421021825	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
141	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	07613421021832	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	07613421021849	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
143	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991419943	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
144	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4914,00	5307,12	5625,55	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991419790	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
146	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991419875	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
147	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991419929	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
148	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
150	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
151	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
152	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
153	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2024-10-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł
154	Denosumabum	Enwylma, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	08594739318380	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	730,00	788,40	835,70	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
155	Denosumabum	Jubereq, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol. 1,7 ml	05056842801331	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	2218,62	2396,11	2539,88	2507,10	C.109.	bezpłatny	0 zł
156	Denosumabum	Osenvelt, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	05996537035026	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	800,00	864,00	915,84	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
157	Denosumabum	Wyost, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	07622436123974	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	780,63	843,08	893,67	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
158	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2024-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	2507,10	C.109.	bezpłatny	0 zł
159	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
160	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2024-07-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	16,50	17,82	18,89	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
161	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	<1>2025-07-01/<2>2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1013.0, Docetaxelum	400,00	432,00	457,92	274,72	<1>C.19.; <2>C.19.b.	bezpłatny	0 zł
162	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	<1>2025-07-01/<2>2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1013.0, Docetaxelum	200,00	216,00	228,96	137,36	<1>C.19.; <2>C.19.b.	bezpłatny	0 zł
163	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1013.0, Docetaxelum	30,00	32,40	34,34	34,34	<1>C.19.; <2>C.19.b.	bezpłatny	0 zł
164	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1013.0, Docetaxelum	120,00	129,60	137,38	137,36	<1>C.19.; <2>C.19.b.	bezpłatny	0 zł
165	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2026-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1013.0, Docetaxelum	240,00	259,20	274,75	274,72	<1>C.19.; <2>C.19.b.	bezpłatny	0 zł
166	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
167	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
168	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł
169	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
170	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
171	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2025-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
172	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2025-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
173	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05055565781623	2023-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	930,00	1004,40	1064,66	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
174	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2025-04-01	2 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
175	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990983032	2024-07-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	2325,00	2511,00	2661,66	2661,65	C.22.	bezpłatny	0 zł
176	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
177	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	2025-04-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3005,38	3245,81	3440,56	3440,56	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
178	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	500,00	540,00	572,40	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
179	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
180	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
181	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
182	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2025-04-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
183	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2026-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
184	Eribulinum	Eribulin Baxter, roztwór do wstrzykiwań, 0,44 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	03400930295922	2026-01-01	2 lata	1346.0, Erybulina	714,86	772,05	818,37	818,37	C.108.	bezpłatny	0 zł
185	Eribulinum	Eribulin Ever Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 0,44 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909991552350	2026-01-01	2 lata	1346.0, Erybulina	714,00	771,12	817,39	817,39	C.108.	bezpłatny	0 zł
186	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
187	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
188	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	46,50	50,22	53,23	53,23	C.24.	bezpłatny	0 zł
189	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,63	12,56	13,32	13,31	C.24.	bezpłatny	0 zł
190	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	93,00	100,44	106,47	106,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
191	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	23,25	25,11	26,62	26,62	C.24.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
192	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	46,50	50,22	53,23	53,23	C.24.	bezpłatny	0 zł
193	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	93,00	100,44	106,47	106,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
194	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2026-04-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	23,25	25,11	26,62	26,62	C.24.	bezpłatny	0 zł
195	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	6600,00	7128,00	7555,68	7555,68	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
196	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	3300,00	3564,00	3777,84	3777,84	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
197	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	<1>2024-07-01<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
198	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	<1>2024-07-01<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
199	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
200	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
201	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
202	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	2897,78	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
203	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	5795,55	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
204	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
205	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
206	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
207	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
208	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687787	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
209	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	71,50	77,22	81,85	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
210	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687848	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
211	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
212	Fludarabini phosphas	Fludara, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2025-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
213	Fluorouracilum	5 Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2025-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	17,50	18,90	20,03	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
214	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	87,10	94,07	99,72	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
215	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
216	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
217	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
218	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
219	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
220	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
221	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
222	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2024-10-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
223	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	460,00	496,80	526,61	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
224	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2025-04-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	432,00	466,56	494,55	494,55	C.27.	bezpłatny	0 zł
225	Fulvestrantum	Fulwestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
226	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2024-10-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
227	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
228	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
229	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
230	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
231	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
232	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	190,00	205,20	217,51	188,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
233	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt.	05909990836758	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
234	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
235	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
236	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
237	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	200,00	216,00	228,96	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
238	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	400,00	432,00	457,92	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
239	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	215,00	232,20	246,13	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
240	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	430,00	464,40	492,26	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
241	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	240,00	259,20	274,75	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
242	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	480,00	518,40	549,50	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
243	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
244	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
245	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
246	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
247	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	127,00	137,16	145,39	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
248	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	18,80	20,30	21,52	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
249	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.35.	bezpłatny	0 zł
250	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	41,50	44,82	47,51	47,51	C.35.	bezpłatny	0 zł
251	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
252	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2478,35	2676,62	2837,21	2514,16	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
253	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3294,24	3557,78	3771,24	3771,24	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
254	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	6844,94	C.96.	bezpłatny	0 zł
255	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	3422,47	C.96.	bezpłatny	0 zł
256	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><3>2025-01-01/<2>2026-01-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
257	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
258	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
259	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
260	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><3>2025-01-01/<2>2026-01-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
261	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
262	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
263	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
264	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
265	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
266	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
267	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
268	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
269	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	03838989737627	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
270	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	03838989737634	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	03838989737641	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
272	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	03838989737658	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	500,00	540,00	572,40	572,40	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	750,00	810,00	858,60	858,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1250,00	1350,00	1431,00	1431,00	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	250,00	270,00	286,20	286,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1350,00	1458,00	1545,48	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2250,00	2430,00	2575,80	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	450,00	486,00	515,16	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2025-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
282	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
283	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2024-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
284	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2025-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	176,89	191,04	202,50	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
285	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2025-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
286	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2025-10-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	262,50	283,50	300,51	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
287	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2025-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
288	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2024-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1050,00	1134,00	1202,04	1202,04	C.73.	bezpłatny	0 zł
289	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2025-04-01/<2>2023-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	192,00	207,36	219,80	219,80	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
290	Nilotinibum	Nilotinib Accord, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05055565796061	2025-07-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4450,00	4806,00	5094,36	5094,36	C.103.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
291	Nilotinibum	Nilotinib Stada, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909991557522	2025-10-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4100,00	4428,00	4693,68	4693,68	C.103.	bezpłatny	0 zł
292	Nilotinibum	Nilotinib Zentiva, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	08594739274525	2025-04-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
293	Nilotinibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2026-01-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
294	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
295	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
296	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	519,22	560,76	594,40	594,40	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
297	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,82	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
298	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,22	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
299	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
300	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2026-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	14,83	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
301	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2026-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	25,90	27,97	29,65	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
302	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,73	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
303	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
304	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
305	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	14,83	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
306	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
307	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	26,50	28,62	30,34	30,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
308	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	56,50	61,02	64,68	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
309	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	113,00	122,04	129,36	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
310	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
311	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
312	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
313	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
314	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	62,00	66,96	70,98	70,98	C.47.	bezpłatny	0 zł
315	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,00	24,84	26,33	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
316	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	123,50	133,38	141,38	141,38	C.47.	bezpłatny	0 zł
317	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
318	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	103,04	C.47.	bezpłatny	0 zł
319	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
320	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	300,00	324,00	343,44	206,07	C.47.	bezpłatny	0 zł
321	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2026-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
322	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2026-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
323	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2026-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
324	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
325	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
326	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2024-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	740,03	C.104.c.	bezpłatny	0 zł
327	Paclitaxelum albuminatum	Apexelsin, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	08721161238041	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>C.104.a.; C.104.b.; <2>C.104.c.	bezpłatny	0 zł
328	Paclitaxelum albuminatum	Naveruclif, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	05055565791660	2025-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>C.104.a.; C.104.b.; <2>C.104.c.	bezpłatny	0 zł
329	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	20 ml	05909990646555	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	C.94.	bezpłatny	0 zł
330	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	5 ml	05909990646531	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.94.	bezpłatny	0 zł
331	Pazopanibum	Pazopanib Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565791912	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	1552,50	1676,70	1777,30	1316,52	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
332	Pazopanibum	Pazopanib Accord, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05055565791943	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	5266,08	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
333	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991493189	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	1552,50	1676,70	1777,30	1316,52	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
334	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991493202	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	3105,00	3353,40	3554,60	2633,04	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
335	Pazopanibum	Pazopanib Stada, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909991493219	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	5266,08	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
336	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909991545901	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	1550,00	1674,00	1774,44	1316,52	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
337	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991545925	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	3100,00	3348,00	3548,88	2633,04	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
338	Pazopanibum	Pazopanib Viatris, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909991546021	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	6200,00	6696,00	7097,76	5266,08	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
339	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	08594739312845	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	1150,00	1242,00	1316,52	1316,52	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
340	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	90 szt.	08594739312869	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	3450,00	3726,00	3949,56	3949,56	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
341	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	08594739312852	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	2300,00	2484,00	2633,04	2633,04	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
342	Pazopanibum	Pazopanib Zentiva, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	08594739312876	2026-04-01	2 lata	1110.0, Pazopanib	4600,00	4968,00	5266,08	5266,08	C.107.a.; C.107.b.	bezpłatny	0 zł
343	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	1316,52	<1>C.107.a.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
344	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	3949,56	<1>C.107.a.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
345	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	2633,04	<1>C.107.a.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
346	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	5266,08	<1>C.107.a.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
347	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2023-05-01	3 lata	1033.0, Pegasparagasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
348	Pegfilgrastimum	Fulphila, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05397315001385	2025-10-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
349	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
350	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2025-04-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
351	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
352	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
353	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
354	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05055565768969	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
355	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05055565768952	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
356	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05055565768976	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
357	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991466480	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
358	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991466497	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
359	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991466503	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1190,00	1285,20	1362,31	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
360	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	598,00	645,84	684,59	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
361	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,50	129,06	136,80	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
362	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1198,00	1293,84	1371,47	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
363	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
364	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
365	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
366	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2024-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
367	Plerixaforum	Plerixafor Biofar, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991518332	2025-01-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9451,99	10208,15	10820,64	10820,64	C.71.	bezpłatny	0 zł
368	Plerixaforum	Plerixafor MSN, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991519049	2025-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9451,00	10207,08	10819,50	10819,50	C.71.	bezpłatny	0 zł
369	Pleryksafor	Plerixafor Accord, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05055565787977	2024-10-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9452,00	10208,16	10820,65	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
370	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	4814,41	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
371	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	9628,82	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
372	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	14443,23	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
373	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991185619	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	19257,64	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
374	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05055565795149	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4827,37	5213,56	5526,37	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
375	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05055565795156	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	9654,74	10427,12	11052,74	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
376	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05055565795163	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	14482,11	15640,68	16579,12	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
377	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05055565795170	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	19309,48	20854,24	22105,49	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
378	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05902020241768	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
379	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05902020241775	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
380	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991559755	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
381	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991559762	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8000,00	8640,00	9158,40	9158,40	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
382	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991559779	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12000,00	12960,00	13737,60	13737,60	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
383	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991559786	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16000,00	17280,00	18316,80	18316,80	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
384	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	03838989769604	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
385	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	03838989769611	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
386	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	03838989769628	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
387	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	03838989769635	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
388	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05903060628052	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
389	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05903060628090	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
390	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05903060628137	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
391	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05903060628175	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
392	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	08594739305540	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
393	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	08594739305533	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
394	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	08594739305557	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
395	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	08594739305564	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
396	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	686,88	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
397	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
398	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
399	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
400	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2026-04-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
401	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2024-07-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	16416,00	17729,28	18793,04	18793,04	C.98.	bezpłatny	0 zł
402	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<2>C.106.	bezpłatny	0 zł
403	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2025-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	635,00	685,80	726,95	726,95	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
404	Regorafenib	Stivarga, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05908229302026	2025-07-01	2 lata	1336.0, Regorafenib	9853,20	10641,46	11279,94	11279,94	C.105.a.; C.105.b.	bezpłatny	0 zł
405	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1><3><4><5>2026-01-01/<2><6>2025-01-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1009,72	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
406	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1><3><4><7>2026-01-01/<2><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><8>3 lata/<2><3><4><5><6><7>2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2524,30	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
407	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
408	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
409	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
410	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
411	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2025-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	5899,76	6371,74	6754,05	6754,05	C.85.	bezpłatny	0 zł
412	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05055565785706	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.; <2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
413	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powl., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
414	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2024-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
415	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991459239	<1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01/<4>2025-04-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2><3><4>2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.; <4>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
416	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2025-07-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
417	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991440145	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c./<2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
418	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
419	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
421	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05055565775707	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1500,00	1620,00	1717,20	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
422	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05055565775714	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	3000,00	3240,00	3434,40	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05055565775721	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	6000,00	6480,00	6868,80	2943,77	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
424	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991522476	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	400,00	432,00	457,92	457,92	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991522483	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	800,00	864,00	915,84	915,84	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991522490	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
427	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1250,00	1350,00	1431,00	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2500,00	2700,00	2862,00	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4800,00	5184,00	5495,04	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991491635	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991491673	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991491789	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05907626709261	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05907626709278	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
435	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05907626709292	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
436	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
438	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2100,00	2268,00	2404,08	2060,64	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
439	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
440	Sunitinibum	Sunitinib Vipharm, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05901812162762	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
441	Sunitinibum	Sunitinib Vipharm, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05901812162779	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
442	Sunitinibum	Sunitinib Vipharm, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05901812162786	2025-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2943,77	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
443	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
444	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05055565719350	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
445	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05055565719367	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł
446	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05055565719374	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	419,49	C.64.	bezpłatny	0 zł
447	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05055565719343	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
448	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05055565719381	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	582,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
449	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05055565719336	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
450	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
451	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	285,00	307,80	326,27	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
452	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	360,00	388,80	412,13	412,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	500,00	540,00	572,40	572,40	C.64.	bezpłatny	0 zł
455	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
456	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsyrolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	C.100.	bezpłatny	0 zł
457	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2025-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
458	Topotecanum	Hycamtin, kaps. twarde, 1 mg	10 szt.	05909990643141	2025-10-01	2 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1850,00	1998,00	2117,88	2117,88	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
459	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
460	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
461	Trabectedinum	Trabectedin Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05056842800815	2026-01-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1141,00	1232,28	1306,22	1306,22	C.93.	bezpłatny	0 zł
462	Trabectedinum	Trabectedin Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05056842800822	2026-01-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.93.	bezpłatny	0 zł
463	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909991516369	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
464	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909991516376	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4700,00	5076,00	5380,56	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
465	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2025-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
466	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2025-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.93.	bezpłatny	0 zł
467	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05996537004107	2026-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	671,00	724,68	768,16	768,16	C.86.a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
468	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05996537005050	2026-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1878,80	2029,10	2150,85	2150,85	C.86.a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
469	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2024-07-01/<2>2026-01-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
470	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2024-07-01/<2>2026-01-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
471	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1157,00	1249,56	1324,53	961,29	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
472	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2515,46	2716,70	2879,70	2691,61	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
473	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2024-10-01/<3>2026-01-01	<1><2>2 lata/<3>9 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	780,00	842,40	892,94	892,94	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
474	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2531,70	2734,24	2898,29	2691,61	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
475	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	830,00	896,40	950,18	950,18	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
476	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05055565775943	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2324,00	2509,92	2660,52	2660,52	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
477	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	30,60	C.61.	bezpłatny	0 zł
478	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
479	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
480	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
481	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
482	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
483	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
485	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	05909991314439	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
486	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991314446	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	04037353020092	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	04037353020085	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
489	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	04037353020078	2026-01-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	451,62	487,75	517,02	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
490	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909991402365	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	112,91	121,94	129,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
491	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909991402389	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	169,36	182,91	193,88	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
492	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	05909991402402	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	451,63	487,76	517,03	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
493	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2025-10-01	5 lat	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
494	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM LEVOFOLINICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**CALCII FOLINAS**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DARBEPOETIN ALFA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DARBEPOETIN ALFA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**EPOETINUM ALPHA**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPOETINUM ALPHA**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**FILGRASTIMUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**MESNUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ONDANSETRONUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**PEGFILGRASTIMUM**	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIEJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**RASBURICASUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**APREPITANTUM**	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE >70 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**VORICONAZOLUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M^2 – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BICALUTAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.0	SERCE
89	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.4	OPŁUCNA
93	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
94	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.1	ŻUCHWA
104	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.0	SKÓRA WARGI
122	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.2	ŁECHTACZKA
141	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
153	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
154	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.3	PRZYMACICZA
155	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.7	INNE OKRESLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.0	NAPLETEK
162	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.0	NAJĄDRZE
172	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.2	MOSZNA
174	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.6	MÓŻDŻEK
185	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.2	BRZUCH
192	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.3	MIEDNICA
193	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81	CHOROBA HODGKINA
208	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
234	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
245	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03	CZERNIAK IN SITU
301	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D39.1	JAJNIK
312	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.4	OTRZEWNA
318	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.5	SKÓRA
319	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.6	SUTEK
320	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
328	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	**BLEOMYCIN SULPHATE**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BUSULFANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	**BUSULFANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	**BUSULFANUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	**BUSULFANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	**BUSULFANUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	**BUSULFANUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	**BUSULFANUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	**BUSULFANUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	**BUSULFANUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	**BUSULFANUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	**BUSULFANUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	**BUSULFANUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	**BUSULFANUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	**BUSULFANUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	**BUSULFANUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	**BUSULFANUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
17	**BUSULFANUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	**BUSULFANUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	**BUSULFANUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	**BUSULFANUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**BUSULFANUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	**BUSULFANUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CAPECITABINE**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**CAPECITABINE**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	**CAPECITABINE**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	**CAPECITABINE**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	**CAPECITABINE**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CAPECITABINE**	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
2.	**CAPECITABINE**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
3.	**CAPECITABINE**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
4.	**CAPECITABINE**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
5.	**CAPECITABINE**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
6.	**CAPECITABINE**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
7.	**CAPECITABINE**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
8.	**CAPECITABINE**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
9.	**CAPECITABINE**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
10.	**CAPECITABINE**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
11.	**CAPECITABINE**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	**CAPECITABINE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
13.	**CAPECITABINE**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
14.	**CAPECITABINE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
15.	**CAPECITABINE**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
16.	**CAPECITABINE**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
17.	**CAPECITABINE**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
17.	**CAPECITABINE**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU *w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej*
18.	**CAPECITABINE**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
19.	**CAPECITABINE**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
20.	**CAPECITABINE**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
21.	**CAPECITABINE**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	**CAPECITABINE**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	**CAPECITABINE**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	**CAPECITABINE**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH

Załącznik C.6.

CARBOPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CARBOPLATIN**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**CARBOPLATIN**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	**CARBOPLATIN**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	**CARBOPLATIN**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
5.	**CARBOPLATIN**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	**CARBOPLATIN**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	**CARBOPLATIN**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	**CARBOPLATIN**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	**CARBOPLATIN**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	**CARBOPLATIN**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	**CARBOPLATIN**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	**CARBOPLATIN**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	**CARBOPLATIN**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
14.	**CARBOPLATIN**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	**CARBOPLATIN**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	**CARBOPLATIN**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	**CARBOPLATIN**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	**CARBOPLATIN**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	**CARBOPLATIN**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	**CARBOPLATIN**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**CARBOPLATIN**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	**CARBOPLATIN**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	**CARBOPLATIN**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	**CARBOPLATIN**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	**CARBOPLATIN**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
26.	**CARBOPLATIN**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	**CARBOPLATIN**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	**CARBOPLATIN**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
29.	**CARBOPLATIN**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
30.	**CARBOPLATIN**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
31.	**CARBOPLATIN**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
32.	**CARBOPLATIN**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
33.	**CARBOPLATIN**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
34.	**CARBOPLATIN**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	**CARBOPLATIN**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	**CARBOPLATIN**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	**CARBOPLATIN**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	**CARBOPLATIN**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	**CARBOPLATIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	**CARBOPLATIN**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	**CARBOPLATIN**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	**CARBOPLATIN**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**CARBOPLATIN**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
44.	**CARBOPLATIN**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
45.	**CARBOPLATIN**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
46.	**CARBOPLATIN**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
47.	**CARBOPLATIN**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
48.	**CARBOPLATIN**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
49.	**CARBOPLATIN**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
50.	**CARBOPLATIN**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
51.	**CARBOPLATIN**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
52.	**CARBOPLATIN**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
53.	**CARBOPLATIN**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
54.	**CARBOPLATIN**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
55.	**CARBOPLATIN**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
56.	**CARBOPLATIN**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
57.	**CARBOPLATIN**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
58.	**CARBOPLATIN**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
59.	**CARBOPLATIN**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
60.	**CARBOPLATIN**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
61.	**CARBOPLATIN**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
62.	**CARBOPLATIN**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
63.	**CARBOPLATIN**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
64.	**CARBOPLATIN**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65.	**CARBOPLATIN**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	**CARBOPLATIN**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	**CARBOPLATIN**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
68.	**CARBOPLATIN**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	**CARBOPLATIN**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	**CARBOPLATIN**	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	**CARBOPLATIN**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	**CARBOPLATIN**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	**CARBOPLATIN**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	**CARBOPLATIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	**CARBOPLATIN**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	**CARBOPLATIN**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	**CARBOPLATIN**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	**CARBOPLATIN**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	**CARBOPLATIN**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	**CARBOPLATIN**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	**CARBOPLATIN**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	**CARBOPLATIN**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	**CARBOPLATIN**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	**CARBOPLATIN**	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	**CARBOPLATIN**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	**CARBOPLATIN**	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	**CARBOPLATIN**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88.	**CARBOPLATIN**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	**CARBOPLATIN**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	**CARBOPLATIN**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	**CARBOPLATIN**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	**CARBOPLATIN**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	**CARBOPLATIN**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	**CARBOPLATIN**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	**CARBOPLATIN**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	**CARBOPLATIN**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	**CARBOPLATIN**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	**CARBOPLATIN**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	**CARBOPLATIN**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	**CARBOPLATIN**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	**CARBOPLATIN**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	**CARBOPLATIN**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	**CARBOPLATIN**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	**CARBOPLATIN**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	**CARBOPLATIN**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	**CARBOPLATIN**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	**CARBOPLATIN**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	**CARBOPLATIN**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109.	**CARBOPLATIN**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	**CARBOPLATIN**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**CARBOPLATIN**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	**CARBOPLATIN**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	**CARBOPLATIN**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	**CARBOPLATIN**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	**CARBOPLATIN**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	**CARBOPLATIN**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	**CARBOPLATIN**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	**CARBOPLATIN**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	**CARBOPLATIN**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
120.	**CARBOPLATIN**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	**CARBOPLATIN**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	**CARBOPLATIN**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	**CARBOPLATIN**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CHLORAMBUCILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	**CHLORAMBUCILUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
3	**CHLORAMBUCILUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	**CHLORAMBUCILUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	**CHLORAMBUCILUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	**CHLORAMBUCILUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	**CHLORAMBUCILUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	**CHLORAMBUCILUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	**CHLORAMBUCILUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	**CHLORAMBUCILUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	**CHLORAMBUCILUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	**CHLORAMBUCILUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	**CHLORAMBUCILUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	**CHLORAMBUCILUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	**CHLORAMBUCILUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	**CHLORAMBUCILUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	**CHLORAMBUCILUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	**CHLORAMBUCILUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**CHLORAMBUCILUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	**CHLORAMBUCILUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**CHLORAMBUCILUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	**CHLORAMBUCILUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	**CHLORAMBUCILUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	**CHLORAMBUCILUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	**CHLORAMBUCILUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	**CHLORAMBUCILUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	**CHLORAMBUCILUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	**CHLORAMBUCILUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
29	**CHLORAMBUCILUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	**CHLORAMBUCILUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	**CHLORAMBUCILUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	**CHLORAMBUCILUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	**CHLORAMBUCILUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	**CHLORAMBUCILUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
35	**CHLORAMBUCILUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	**CHLORAMBUCILUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	**CHLORAMBUCILUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**CHLORAMBUCILUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**CHLORAMBUCILUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	**CHLORAMBUCILUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	**CHLORAMBUCILUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	**CHLORAMBUCILUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**CHLORAMBUCILUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	**CHLORAMBUCILUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	**CHLORAMBUCILUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	**CHLORAMBUCILUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	**CHLORAMBUCILUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CICLOSPORINUM**	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	**CICLOSPORINUM**	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	**CICLOSPORINUM**	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	**CICLOSPORINUM**	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	**CICLOSPORINUM**	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	**CICLOSPORINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	**CICLOSPORINUM**	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	**CICLOSPORINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	**CICLOSPORINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	**CICLOSPORINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	**CICLOSPORINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CISPLATINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**CISPLATINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**CISPLATINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**CISPLATINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**CISPLATINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**CISPLATINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**CISPLATINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**CISPLATINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**CISPLATINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**CISPLATINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**CISPLATINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**CISPLATINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**CISPLATINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**CISPLATINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**CISPLATINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**CISPLATINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**CISPLATINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**CISPLATINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**CISPLATINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**CISPLATINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**CISPLATINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**CISPLATINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**CISPLATINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**CISPLATINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**CISPLATINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**CISPLATINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**CISPLATINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**CISPLATINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**CISPLATINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**CISPLATINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**CISPLATINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**CISPLATINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**CISPLATINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**CISPLATINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**CISPLATINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**CISPLATINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**CISPLATINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**CISPLATINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**CISPLATINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	**CISPLATINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**CISPLATINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**CISPLATINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**CISPLATINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**CISPLATINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**CISPLATINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**CISPLATINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**CISPLATINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**CISPLATINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**CISPLATINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**CISPLATINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**CISPLATINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**CISPLATINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**CISPLATINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**CISPLATINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**CISPLATINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**CISPLATINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**CISPLATINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**CISPLATINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**CISPLATINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**CISPLATINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CISPLATINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CISPLATINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	**CISPLATINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**CISPLATINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**CISPLATINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**CISPLATINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**CISPLATINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**CISPLATINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**CISPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**CISPLATINUM**	C16.0	WPUST
89	**CISPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	**CISPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**CISPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**CISPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**CISPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	**CISPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**CISPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**CISPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**CISPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**CISPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**CISPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**CISPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**CISPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**CISPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**CISPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**CISPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**CISPLATINUM**	C18.7	ESICA
113	**CISPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	**CISPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**CISPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**CISPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	**CISPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**CISPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**CISPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**CISPLATINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**CISPLATINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**CISPLATINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**CISPLATINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**CISPLATINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**CISPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	**CISPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**CISPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**CISPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**CISPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**CISPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**CISPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	**CISPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**CISPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**CISPLATINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**CISPLATINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**CISPLATINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**CISPLATINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**CISPLATINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**CISPLATINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**CISPLATINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**CISPLATINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**CISPLATINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**CISPLATINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**CISPLATINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**CISPLATINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**CISPLATINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**CISPLATINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**CISPLATINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**CISPLATINUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	**CISPLATINUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**CISPLATINUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**CISPLATINUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**CISPLATINUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**CISPLATINUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**CISPLATINUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**CISPLATINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	**CISPLATINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	**CISPLATINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	**CISPLATINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	**CISPLATINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	**CISPLATINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	**CISPLATINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	**CISPLATINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	**CISPLATINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
177	**CISPLATINUM**	C38.0	SERCE
178	**CISPLATINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	**CISPLATINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	**CISPLATINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	**CISPLATINUM**	C38.4	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	**CISPLATINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	**CISPLATINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	**CISPLATINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	**CISPLATINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	**CISPLATINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	**CISPLATINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	**CISPLATINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	**CISPLATINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	**CISPLATINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	**CISPLATINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	**CISPLATINUM**	C41.1	ŻUCHWA
197	**CISPLATINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	**CISPLATINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	**CISPLATINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	**CISPLATINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	**CISPLATINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	**CISPLATINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	**CISPLATINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	**CISPLATINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	**CISPLATINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	**CISPLATINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	**CISPLATINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	**CISPLATINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	**CISPLATINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	**CISPLATINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	**CISPLATINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	**CISPLATINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	**CISPLATINUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	**CISPLATINUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
215	**CISPLATINUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	**CISPLATINUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	**CISPLATINUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	**CISPLATINUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	**CISPLATINUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
220	**CISPLATINUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	**CISPLATINUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	**CISPLATINUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
226	**CISPLATINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	**CISPLATINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	**CISPLATINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	**CISPLATINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	**CISPLATINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	**CISPLATINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	**CISPLATINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	**CISPLATINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	**CISPLATINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	**CISPLATINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	**CISPLATINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	**CISPLATINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	**CISPLATINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	**CISPLATINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	**CISPLATINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	**CISPLATINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	**CISPLATINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	**CISPLATINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	**CISPLATINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	**CISPLATINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	**CISPLATINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	**CISPLATINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	**CISPLATINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	**CISPLATINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	**CISPLATINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	**CISPLATINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	**CISPLATINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	**CISPLATINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	**CISPLATINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	**CISPLATINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	**CISPLATINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	**CISPLATINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	**CISPLATINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	**CISPLATINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	**CISPLATINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	**CISPLATINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	**CISPLATINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	**CISPLATINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	**CISPLATINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	**CISPLATINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	**CISPLATINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	**CISPLATINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	**CISPLATINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	**CISPLATINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	**CISPLATINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
281	**CISPLATINUM**	C54.3	DNO MACICY
282	**CISPLATINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	**CISPLATINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	**CISPLATINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
290	**CISPLATINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
291	**CISPLATINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	**CISPLATINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	**CISPLATINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	**CISPLATINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	**CISPLATINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	**CISPLATINUM**	C60.0	NAPLETEK
298	**CISPLATINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	**CISPLATINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	**CISPLATINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	**CISPLATINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	**CISPLATINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	**CISPLATINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
309	**CISPLATINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	**CISPLATINUM**	C63.2	MOSZNA
311	**CISPLATINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	**CISPLATINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	**CISPLATINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	**CISPLATINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	**CISPLATINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	**CISPLATINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	**CISPLATINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	**CISPLATINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	**CISPLATINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	**CISPLATINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	**CISPLATINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	**CISPLATINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
326	**CISPLATINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	**CISPLATINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	**CISPLATINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	**CISPLATINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	**CISPLATINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	**CISPLATINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	**CISPLATINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	**CISPLATINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	**CISPLATINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
335	**CISPLATINUM**	C69.1	ROGÓWKA
336	**CISPLATINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
337	**CISPLATINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	**CISPLATINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	**CISPLATINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	**CISPLATINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
341	**CISPLATINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	**CISPLATINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	**CISPLATINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	**CISPLATINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	**CISPLATINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	**CISPLATINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	**CISPLATINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	**CISPLATINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	**CISPLATINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	**CISPLATINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	**CISPLATINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	**CISPLATINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	**CISPLATINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	**CISPLATINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
355	**CISPLATINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	**CISPLATINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	**CISPLATINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	**CISPLATINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	**CISPLATINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	**CISPLATINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
361	**CISPLATINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	**CISPLATINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
363	**CISPLATINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	**CISPLATINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	**CISPLATINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	**CISPLATINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	**CISPLATINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	**CISPLATINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	**CISPLATINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
370	**CISPLATINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	**CISPLATINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	**CISPLATINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	**CISPLATINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	**CISPLATINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	**CISPLATINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	**CISPLATINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
377	**CISPLATINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
379	**CISPLATINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	**CISPLATINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	**CISPLATINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
382	**CISPLATINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	**CISPLATINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	**CISPLATINUM**	C76.2	BRZUCH
385	**CISPLATINUM**	C76.3	MIEDNICA
386	**CISPLATINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	**CISPLATINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	**CISPLATINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	**CISPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	**CISPLATINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	**CISPLATINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	**CISPLATINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	**CISPLATINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	**CISPLATINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	**CISPLATINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	**CISPLATINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	**CISPLATINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	**CISPLATINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	**CISPLATINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
400	**CISPLATINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	**CISPLATINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	**CISPLATINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	**CISPLATINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	**CISPLATINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	**CISPLATINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	**CISPLATINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	**CISPLATINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	**CISPLATINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	**CISPLATINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	**CISPLATINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	**CISPLATINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	**CISPLATINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	**CISPLATINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	**CISPLATINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	**CISPLATINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	**CISPLATINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	**CISPLATINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	**CISPLATINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	**CISPLATINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	**CISPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
421	**CISPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	**CISPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	**CISPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	**CISPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	**CISPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	**CISPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	**CISPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	**CISPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	**CISPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	**CISPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	**CISPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	**CISPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	**CISPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	**CISPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	**CISPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	**CISPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	**CISPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	**CISPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	**CISPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	**CISPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	**CISPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	**CISPLATINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	**CISPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	**CISPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	**CISPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	**CISPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
447	**CISPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	**CISPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	**CISPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	**CISPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	**CISPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	**CISPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
453	**CISPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	**CISPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	**CISPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	**CISPLATINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	**CISPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
458	**CISPLATINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	**CISPLATINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	**CISPLATINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	**CISPLATINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	**CISPLATINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	**CISPLATINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	**CISPLATINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	**CISPLATINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	**CISPLATINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	**CISPLATINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	**CISPLATINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	**CISPLATINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	**CISPLATINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	**CISPLATINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	**CISPLATINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	**CISPLATINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
474	**CISPLATINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	**CISPLATINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	**CISPLATINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	**CISPLATINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	**CISPLATINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	**CISPLATINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	**CISPLATINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
481	**CISPLATINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	**CISPLATINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	**CISPLATINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	**CISPLATINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	**CISPLATINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	**CISPLATINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	**CISPLATINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	**CISPLATINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	**CISPLATINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	**CISPLATINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	**CISPLATINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	**CISPLATINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	**CISPLATINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	**CISPLATINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	**CISPLATINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	**CISPLATINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	**CISPLATINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	**CISPLATINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	**CISPLATINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	**CISPLATINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	**CISPLATINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	**CISPLATINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	**CISPLATINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	**CISPLATINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	**CISPLATINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	**CISPLATINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	**CISPLATINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	**CISPLATINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	**CISPLATINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	**CISPLATINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	**CISPLATINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	**CISPLATINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	**CISPLATINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	**CISPLATINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	**CISPLATINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
516	**CISPLATINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	**CISPLATINUM**	D01.2	ODBYTNICA
518	**CISPLATINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	**CISPLATINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	**CISPLATINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	**CISPLATINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	**CISPLATINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	**CISPLATINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
524	**CISPLATINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	**CISPLATINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	**CISPLATINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	**CISPLATINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	**CISPLATINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	**CISPLATINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	**CISPLATINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	**CISPLATINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**CISPLATINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	**CISPLATINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	**CISPLATINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	**CISPLATINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	**CISPLATINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	**CISPLATINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	**CISPLATINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	**CISPLATINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	**CISPLATINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	**CISPLATINUM**	D07.1	SROM
542	**CISPLATINUM**	D07.2	POCHWA
543	**CISPLATINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	**CISPLATINUM**	D07.4	PRĄCIE
545	**CISPLATINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	**CISPLATINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	**CISPLATINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	**CISPLATINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
549	**CISPLATINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	**CISPLATINUM**	D09.2	OKO
551	**CISPLATINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	**CISPLATINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	**CISPLATINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	**CISPLATINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	**CISPLATINUM**	D10.0	WARGA
556	**CISPLATINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	**CISPLATINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	**CISPLATINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	**CISPLATINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
560	**CISPLATINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	**CISPLATINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	**CISPLATINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	**CISPLATINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	**CISPLATINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	**CISPLATINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	**CISPLATINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	**CISPLATINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	**CISPLATINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	**CISPLATINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	**CISPLATINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	**CISPLATINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	**CISPLATINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	**CISPLATINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	**CISPLATINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	**CISPLATINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	**CISPLATINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	**CISPLATINUM**	D12.8	ODBYTNICA
578	**CISPLATINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	**CISPLATINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	**CISPLATINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	**CISPLATINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	**CISPLATINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
583	**CISPLATINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	**CISPLATINUM**	D13.4	WĄTROBA
585	**CISPLATINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	**CISPLATINUM**	D13.6	TRZUSTKA
587	**CISPLATINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	**CISPLATINUM**	D13.9	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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	**CISPLATINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	**CISPLATINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	**CISPLATINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	**CISPLATINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	**CISPLATINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
752	**CISPLATINUM**	D48.4	OTRZEWNA
753	**CISPLATINUM**	D48.5	SKÓRA
754	**CISPLATINUM**	D48.6	SUTEK
755	**CISPLATINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	**CISPLATINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	**CISPLATINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	**DACARBAZINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	**DACARBAZINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	**DACARBAZINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
534	**DACARBAZINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	**DACARBAZINUM**	D13.4	WĄTROBA
536	**DACARBAZINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	**DACARBAZINUM**	D13.6	TRZUSTKA
538	**DACARBAZINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	**DACARBAZINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	**DACARBAZINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	**DACARBAZINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	**DACARBAZINUM**	D14.1	KRTAŃ
543	**DACARBAZINUM**	D14.2	TCHAWICA
544	**DACARBAZINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	**DACARBAZINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	**DACARBAZINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	**DACARBAZINUM**	D15.0	GRASICA
548	**DACARBAZINUM**	D15.1	SERCE
549	**DACARBAZINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
550	**DACARBAZINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	**DACARBAZINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	**DACARBAZINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	**DACARBAZINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	**DACARBAZINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	**DACARBAZINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	**DACARBAZINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	**DACARBAZINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	**DACARBAZINUM**	D16.5	ŻUCHWA
559	**DACARBAZINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	**DACARBAZINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	**DACARBAZINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	**DACARBAZINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	**DACARBAZINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	**DACARBAZINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	**DACARBAZINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	**DACARBAZINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	**DACARBAZINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	**DACARBAZINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	**DACARBAZINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	**DACARBAZINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	**DACARBAZINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	**DACARBAZINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	**DACARBAZINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	**DACARBAZINUM**	D28.0	SROM
586	**DACARBAZINUM**	D28.1	POCHWA
587	**DACARBAZINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	**DACARBAZINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	**DACARBAZINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	**DACARBAZINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	**DACARBAZINUM**	D29.0	PRĄCIE
592	**DACARBAZINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	**DACARBAZINUM**	D29.2	JĄDRO
594	**DACARBAZINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
595	**DACARBAZINUM**	D29.4	MOSZNA
596	**DACARBAZINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	**DACARBAZINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	**DACARBAZINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	**DACARBAZINUM**	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	**DACARBAZINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	**DACARBAZINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
602	**DACARBAZINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	**DACARBAZINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	**DACARBAZINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	**DACARBAZINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	**DACARBAZINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	**DACARBAZINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
608	**DACARBAZINUM**	D31.1	ROGÓWKA
609	**DACARBAZINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
610	**DACARBAZINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	**DACARBAZINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	**DACARBAZINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	**DACARBAZINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	**DACARBAZINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	**DACARBAZINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	**DACARBAZINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	**DACARBAZINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	**DACARBAZINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	**DACARBAZINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	**DACARBAZINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	**DACARBAZINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	**DACARBAZINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	**DACARBAZINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	**DACARBAZINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	**DACARBAZINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	**DACARBAZINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	**DACARBAZINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	**DACARBAZINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	**DACARBAZINUM**	D35.0	NADNERCZA
630	**DACARBAZINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	**DACARBAZINUM**	D35.2	PRZYSADKA
632	**DACARBAZINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	**DACARBAZINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
634	**DACARBAZINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	**DACARBAZINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
636	**DACARBAZINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	**DACARBAZINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	**DACARBAZINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	**DACARBAZINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	**DACARBAZINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	**DACARBAZINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	**DACARBAZINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	**DACARBAZINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	**DACARBAZINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	**DACARBAZINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	**DACARBAZINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	**DACARBAZINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
648	**DACARBAZINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	**DACARBAZINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
650	**DACARBAZINUM**	D37.5	ODBYTNICA
651	**DACARBAZINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	**DACARBAZINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	**DACARBAZINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	**DACARBAZINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	**DACARBAZINUM**	D38.0	KRTAŃ
656	**DACARBAZINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	**DACARBAZINUM**	D38.2	OPŁUCNA
658	**DACARBAZINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
659	**DACARBAZINUM**	D38.4	GRASICA
660	**DACARBAZINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	**DACARBAZINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	**DACARBAZINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	**DACARBAZINUM**	D39.0	MACICA
664	**DACARBAZINUM**	D39.1	JAJNIK
665	**DACARBAZINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
666	**DACARBAZINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	**DACARBAZINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	**DACARBAZINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	**DACARBAZINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**DACARBAZINUM**	D40.1	JĄDRO
671	**DACARBAZINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	**DACARBAZINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	**DACARBAZINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	**DACARBAZINUM**	D41.0	NERKA
675	**DACARBAZINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	**DACARBAZINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
677	**DACARBAZINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	**DACARBAZINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	**DACARBAZINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	**DACARBAZINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	**DACARBAZINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	**DACARBAZINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	**DACARBAZINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	**DACARBAZINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	**DACARBAZINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	**DACARBAZINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	**DACARBAZINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	**DACARBAZINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	**DACARBAZINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	**DACARBAZINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	**DACARBAZINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	**DACARBAZINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	**DACARBAZINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	**DACARBAZINUM**	D44.0	TARCZYCA
695	**DACARBAZINUM**	D44.1	NADNERCZA
696	**DACARBAZINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	**DACARBAZINUM**	D44.3	PRZYSADKA
698	**DACARBAZINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	**DACARBAZINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
700	**DACARBAZINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
702	**DACARBAZINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	**DACARBAZINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	**DACARBAZINUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	**DACARBAZINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	**DACARBAZINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	**DACARBAZINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	**DACARBAZINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	**DACARBAZINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	**DACARBAZINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	**DACARBAZINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	**DACARBAZINUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	**DACARBAZINUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	**DACARBAZINUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	**DACARBAZINUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	**DACARBAZINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	**DACARBAZINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, 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.19.b.

DOCETAXEL

Leczenie pacjentów chorych na gruczolakoraka przełyku w schematach radyklanej chemioterapii oraz paliatywnej chemioterapii.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOCETAXEL**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU

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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	**DOXORUBICINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	**DOXORUBICINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	**DOXORUBICINUM**	D16.5	ŻUCHWA
568.	**DOXORUBICINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	**DOXORUBICINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	**DOXORUBICINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	**DOXORUBICINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	**DOXORUBICINUM**	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	**DOXORUBICINUM**	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	**DOXORUBICINUM**	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	**DOXORUBICINUM**	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	**DOXORUBICINUM**	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	**DOXORUBICINUM**	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	**DOXORUBICINUM**	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	**DOXORUBICINUM**	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	**DOXORUBICINUM**	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	**DOXORUBICINUM**	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	**DOXORUBICINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	**DOXORUBICINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	**DOXORUBICINUM**	D20.1	OTRZEWNA
585.	**DOXORUBICINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	**DOXORUBICINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	**DOXORUBICINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	**DOXORUBICINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	**DOXORUBICINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	**DOXORUBICINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	**DOXORUBICINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	**DOXORUBICINUM**	D35.0	NADNERCZA
641.	**DOXORUBICINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	**DOXORUBICINUM**	D35.2	PRZYSADKA
643.	**DOXORUBICINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	**DOXORUBICINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
645.	**DOXORUBICINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	**DOXORUBICINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
647.	**DOXORUBICINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	**DOXORUBICINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	**DOXORUBICINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	**DOXORUBICINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	**DOXORUBICINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	**DOXORUBICINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	**DOXORUBICINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	**DOXORUBICINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	**DOXORUBICINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	**DOXORUBICINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	**DOXORUBICINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	**DOXORUBICINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	**DOXORUBICINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	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**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
11.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
12.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
15.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
17.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
18.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
19.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
20.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
21.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
22.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
23.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
24.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
25.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**EPIRUBICINUM**	C11	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 KOMÓREKT
449	**ETOPOSIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**ETOPOSIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**ETOPOSIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**ETOPOSIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**ETOPOSIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**ETOPOSIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**ETOPOSIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**ETOPOSIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**ETOPOSIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**ETOPOSIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**ETOPOSIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**ETOPOSIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**ETOPOSIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**ETOPOSIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	**ETOPOSIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**ETOPOSIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**ETOPOSIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**ETOPOSIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**ETOPOSIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**ETOPOSIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**ETOPOSIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**ETOPOSIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	**ETOPOSIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**ETOPOSIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**ETOPOSIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**ETOPOSIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**ETOPOSIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**ETOPOSIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**ETOPOSIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**ETOPOSIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**ETOPOSIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**ETOPOSIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**ETOPOSIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**ETOPOSIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**ETOPOSIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**ETOPOSIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**ETOPOSIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	**ETOPOSIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**ETOPOSIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**ETOPOSIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**ETOPOSIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**ETOPOSIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**ETOPOSIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**ETOPOSIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**ETOPOSIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**ETOPOSIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	**ETOPOSIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**ETOPOSIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**ETOPOSIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**ETOPOSIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**ETOPOSIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**ETOPOSIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**ETOPOSIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**ETOPOSIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**ETOPOSIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**ETOPOSIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**ETOPOSIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**ETOPOSIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**ETOPOSIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**ETOPOSIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**ETOPOSIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**ETOPOSIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**ETOPOSIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**ETOPOSIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**ETOPOSIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**ETOPOSIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**ETOPOSIDUM**	D07.1	SROM
516	**ETOPOSIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**ETOPOSIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**ETOPOSIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**ETOPOSIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	**ETOPOSIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**ETOPOSIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**ETOPOSIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**ETOPOSIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**ETOPOSIDUM**	D09.2	OKO
525	**ETOPOSIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**ETOPOSIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**ETOPOSIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**ETOPOSIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**ETOPOSIDUM**	D10.0	WARGA
530	**ETOPOSIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**ETOPOSIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**ETOPOSIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	**ETOPOSIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**ETOPOSIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**ETOPOSIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**ETOPOSIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**ETOPOSIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**ETOPOSIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**ETOPOSIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**ETOPOSIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**ETOPOSIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**ETOPOSIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**ETOPOSIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**ETOPOSIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	**ETOPOSIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**ETOPOSIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**ETOPOSIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**ETOPOSIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**ETOPOSIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**ETOPOSIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**ETOPOSIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**ETOPOSIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**ETOPOSIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**ETOPOSIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**ETOPOSIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	**ETOPOSIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**ETOPOSIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**ETOPOSIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**ETOPOSIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**ETOPOSIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**ETOPOSIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**ETOPOSIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**ETOPOSIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**ETOPOSIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**ETOPOSIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**ETOPOSIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**ETOPOSIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**ETOPOSIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**ETOPOSIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	**ETOPOSIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**ETOPOSIDUM**	D15.1	SERCE
572	**ETOPOSIDUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
573	**ETOPOSIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**ETOPOSIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**ETOPOSIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**ETOPOSIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**ETOPOSIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**ETOPOSIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	**ETOPOSIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**ETOPOSIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**ETOPOSIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**ETOPOSIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**ETOPOSIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**ETOPOSIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**ETOPOSIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**ETOPOSIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	**ETOPOSIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	**ETOPOSIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	**ETOPOSIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	**ETOPOSIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	**ETOPOSIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
592	**ETOPOSIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	**ETOPOSIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	**ETOPOSIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	**ETOPOSIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	**ETOPOSIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	**ETOPOSIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	**ETOPOSIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	**ETOPOSIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	**ETOPOSIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	**ETOPOSIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	**ETOPOSIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	**ETOPOSIDUM**	D28.0	SROM
604	**ETOPOSIDUM**	D28.1	POCHWA
605	**ETOPOSIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	**ETOPOSIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	**ETOPOSIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	**ETOPOSIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	**ETOPOSIDUM**	D29.0	PRĄCIE
610	**ETOPOSIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	**ETOPOSIDUM**	D29.2	JĄDRO
612	**ETOPOSIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
613	**ETOPOSIDUM**	D29.4	MOSZNA
614	**ETOPOSIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**ETOPOSIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**ETOPOSIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	**ETOPOSIDUM**	D30.0	NERKA
618	**ETOPOSIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	**ETOPOSIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
620	**ETOPOSIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	**ETOPOSIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	**ETOPOSIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	**ETOPOSIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	**ETOPOSIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	**ETOPOSIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
626	**ETOPOSIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
627	**ETOPOSIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
628	**ETOPOSIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	**ETOPOSIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	**ETOPOSIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	**ETOPOSIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	**ETOPOSIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	**ETOPOSIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
634	**ETOPOSIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	**ETOPOSIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	**ETOPOSIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	**ETOPOSIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	**ETOPOSIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	**ETOPOSIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	**ETOPOSIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	**ETOPOSIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	**ETOPOSIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	**ETOPOSIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	**ETOPOSIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	**ETOPOSIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	**ETOPOSIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	**ETOPOSIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	**ETOPOSIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	**ETOPOSIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
650	**ETOPOSIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	**ETOPOSIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
652	**ETOPOSIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	**ETOPOSIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
654	**ETOPOSIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	**ETOPOSIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	**ETOPOSIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	**ETOPOSIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	**ETOPOSIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	**ETOPOSIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	**ETOPOSIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	**ETOPOSIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	**ETOPOSIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	**ETOPOSIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	**ETOPOSIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	**ETOPOSIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
666	**ETOPOSIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	**ETOPOSIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
668	**ETOPOSIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
669	**ETOPOSIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	**ETOPOSIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	**ETOPOSIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	**ETOPOSIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	**ETOPOSIDUM**	D38.0	KRTAŃ
674	**ETOPOSIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	**ETOPOSIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
676	**ETOPOSIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	**ETOPOSIDUM**	D38.4	GRASICA
678	**ETOPOSIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	**ETOPOSIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	**ETOPOSIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	**ETOPOSIDUM**	D39.0	MACICA
682	**ETOPOSIDUM**	D39.1	JAJNIK
683	**ETOPOSIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
684	**ETOPOSIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	**ETOPOSIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	**ETOPOSIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	**ETOPOSIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	**ETOPOSIDUM**	D40.1	JĄDRO
689	**ETOPOSIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	**ETOPOSIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	**ETOPOSIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	**ETOPOSIDUM**	D41.0	NERKA
693	**ETOPOSIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	**ETOPOSIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
695	**ETOPOSIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	**ETOPOSIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	**ETOPOSIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	**ETOPOSIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	**ETOPOSIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	**ETOPOSIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	**ETOPOSIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	**ETOPOSIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	**ETOPOSIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	**ETOPOSIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	**ETOPOSIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	**ETOPOSIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	**ETOPOSIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	**ETOPOSIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	**ETOPOSIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	**ETOPOSIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	**ETOPOSIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	**ETOPOSIDUM**	D44.0	TARCZYCA
713	**ETOPOSIDUM**	D44.1	NADNERCZA
714	**ETOPOSIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	**ETOPOSIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
716	**ETOPOSIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	**ETOPOSIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
718	**ETOPOSIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	**ETOPOSIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
720	**ETOPOSIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	**ETOPOSIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	**ETOPOSIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	**ETOPOSIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	**ETOPOSIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	**ETOPOSIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	**ETOPOSIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
727	**ETOPOSIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	**ETOPOSIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	**ETOPOSIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	**ETOPOSIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	**ETOPOSIDUM**	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	**ETOPOSIDUM**	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	**ETOPOSIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	**ETOPOSIDUM**	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	**ETOPOSIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	**ETOPOSIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	**ETOPOSIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	**ETOPOSIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	**ETOPOSIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	**ETOPOSIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	**ETOPOSIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	**ETOPOSIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	**ETOPOSIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
744	**ETOPOSIDUM**	D48.5	SKÓRA
745	**ETOPOSIDUM**	D48.6	SUTEK
746	**ETOPOSIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	**ETOPOSIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	**ETOPOSIDUM**	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	**ETOPOSIDUM**	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	**ETOPOSIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	**ETOPOSIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	**ETOPOSIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	**ETOPOSIDUM**	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	**ETOPOSIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	**ETOPOSIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**ETOPOSIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**ETOPOSIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**ETOPOSIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	**ETOPOSIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**ETOPOSIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	**ETOPOSIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

FLUDARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUDARABINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2	**FLUDARABINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	**FLUDARABINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	**FLUDARABINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	**FLUDARABINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	**FLUDARABINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	**FLUDARABINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	**FLUDARABINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	**FLUDARABINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**FLUDARABINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	**FLUDARABINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	**FLUDARABINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	**FLUDARABINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	**FLUDARABINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	**FLUDARABINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	**FLUDARABINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	**FLUDARABINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	**FLUDARABINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	**FLUDARABINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	**FLUDARABINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	**FLUDARABINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	**FLUDARABINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	**FLUDARABINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	**FLUDARABINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	**FLUDARABINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	**FLUDARABINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	**FLUDARABINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28	**FLUDARABINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	**FLUDARABINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30	**FLUDARABINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	**FLUDARABINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	**FLUDARABINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	**FLUDARABINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	**FLUDARABINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	**FLUDARABINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	**FLUDARABINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	**FLUDARABINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	**FLUDARABINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39	**FLUDARABINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	**FLUDARABINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	**FLUDARABINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	**FLUDARABINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**FLUDARABINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	**FLUDARABINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**FLUDARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	**FLUDARABINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	**FLUDARABINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	**FLUDARABINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	**FLUDARABINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	**FLUDARABINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	**FLUDARABINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	**FLUDARABINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	**FLUDARABINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**FLUDARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**FLUDARABINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	**FLUDARABINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**FLUDARABINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	**FLUDARABINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	**FLUDARABINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	**FLUDARABINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	**FLUDARABINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	**FLUDARABINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**FLUDARABINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**FLUDARABINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**FLUDARABINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	**FLUDARABINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**FLUDARABINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	**FLUDARABINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	**FLUDARABINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	**FLUDARABINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	**FLUDARABINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	**FLUDARABINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	**FLUDARABINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	**FLUDARABINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	**FLUDARABINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	**FLUDARABINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**FLUDARABINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**FLUDARABINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**FLUDARABINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	**FLUDARABINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	**FLUDARABINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	**FLUDARABINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	**FLUDARABINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	**FLUDARABINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	**FLUDARABINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	**FLUDARABINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	**FLUDARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	**FLUDARABINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	**FLUDARABINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUDARABINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FLUOROURACILUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**FLUOROURACILUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**FLUOROURACILUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**FLUOROURACILUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**FLUOROURACILUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**FLUOROURACILUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**FLUOROURACILUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**FLUOROURACILUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**FLUOROURACILUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**FLUOROURACILUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**FLUOROURACILUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**FLUOROURACILUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**FLUOROURACILUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**FLUOROURACILUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**FLUOROURACILUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**FLUOROURACILUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**FLUOROURACILUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**FLUOROURACILUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**FLUOROURACILUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**FLUORO URACILUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUORO URACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUORO URACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUORO URACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUORO URACILUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**FLUORO URACILUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**FLUORO URACILUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**FLUORO URACILUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**FLUORO URACILUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**FLUORO URACILUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**FLUORO URACILUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**FLUORO URACILUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**FLUORO URACILUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**FLUORO URACILUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**FLUORO URACILUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**FLUORO URACILUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**FLUORO URACILUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**FLUORO URACILUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**FLUORO URACILUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**FLUORO URACILUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**FLUORO URACILUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**FLUORO URACILUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUORO URACILUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**FLUORO URACILUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**FLUORO URACILUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**FLUORO URACILUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**FLUORO URACILUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**FLUORO URACILUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**FLUORO URACILUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**FLUORO URACILUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**FLUORO URACILUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**FLUORO URACILUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**FLUORO URACILUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**FLUORO URACILUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**FLUORO URACILUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**FLUORO URACILUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**FLUORO URACILUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**FLUORO URACILUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**FLUORO URACILUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**FLUORO URACILUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**FLUORO URACILUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**FLUORO URACILUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**FLUORO URACILUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**FLUORO URACILUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**FLUORO URACILUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**FLUORO URACILUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**FLUORO URACILUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**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	**FLUORO URACILUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	**FLUORO URACILUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	**FLUORO URACILUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	**FLUORO URACILUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	**FLUORO URACILUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	**FLUORO URACILUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	**FLUORO URACILUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	**FLUORO URACILUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	**FLUORO URACILUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	**FLUORO URACILUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	**FLUORO URACILUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148	**FLUORO URACILUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	**FLUORO URACILUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	**FLUORO URACILUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	**FLUORO URACILUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152	**FLUORO URACILUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	**FLUORO URACILUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	**FLUORO URACILUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	**FLUORO URACILUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	**FLUORO URACILUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	**FLUORO URACILUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	**FLUORO URACILUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	**FLUORO URACILUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	**FLUORO URACILUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	**FLUOROURACILUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**FLUOROURACILUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**FLUOROURACILUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**FLUOROURACILUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**FLUOROURACILUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**FLUOROURACILUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**FLUOROURACILUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	**FLUOROURACILUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	**FLUOROURACILUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	**FLUOROURACILUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	**FLUOROURACILUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	**FLUOROURACILUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	**FLUOROURACILUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	**FLUOROURACILUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	**FLUOROURACILUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	**FLUOROURACILUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	**FLUOROURACILUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	**FLUOROURACILUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	**FLUOROURACILUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	**FLUOROURACILUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
181	**FLUOROURACILUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	**FLUOROURACILUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	**FLUOROURACILUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	**FLUOROURACILUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	**FLUORO URACILUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	**FLUORO URACILUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	**FLUORO URACILUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	**FLUORO URACILUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	**FLUORO URACILUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	**FLUORO URACILUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	**FLUORO URACILUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	**FLUORO URACILUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
193	**FLUORO URACILUM**	C54.3	DNO MACICY
194	**FLUORO URACILUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	**FLUORO URACILUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	**FLUORO URACILUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	**FLUORO URACILUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	**FLUORO URACILUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	**FLUORO URACILUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	**FLUORO URACILUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
201	**FLUORO URACILUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
202	**FLUORO URACILUM**	C57.3	PRZYMACICZA
203	**FLUORO URACILUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	**FLUORO URACILUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	**FLUORO URACILUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	**FLUORO URACILUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	**FLUORO URACILUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	**FLUORO URACILUM**	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	**FLUORO URACILUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	**FLUORO URACILUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	**FLUORO URACILUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	**FLUORO URACILUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	**FLUORO URACILUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	**FLUORO URACILUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	**FLUORO URACILUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	**FLUORO URACILUM**	C76.2	BRZUCH
217	**FLUORO URACILUM**	C76.3	MIEDNICA
218	**FLUORO URACILUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	**FLUORO URACILUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	**FLUORO URACILUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	**FLUORO URACILUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	**FLUORO URACILUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
223	**FLUORO URACILUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	**FLUORO URACILUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	**FLUORO URACILUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	**FLUORO URACILUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	**FLUORO URACILUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	**FLUORO URACILUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	**FLUORO URACILUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	**FLUORO URACILUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	**FLUOROURACILUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	**FLUOROURACILUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	**FLUOROURACILUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	**FLUOROURACILUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	**FLUOROURACILUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	**FLUOROURACILUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	**FLUOROURACILUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	**FLUOROURACILUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	**FLUOROURACILUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	**FLUOROURACILUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	**FLUOROURACILUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	**FLUOROURACILUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	**FLUOROURACILUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	**FLUOROURACILUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	**FLUOROURACILUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	**FLUOROURACILUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	**FLUOROURACILUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	**FLUOROURACILUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	**FLUOROURACILUM**	D48.4	OTRZEWNA
250	**FLUOROURACILUM**	D48.5	SKÓRA
251	**FLUOROURACILUM**	D48.6	SUTEK
252	**FLUOROURACILUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	**FLUORO URACILUM**	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**FULVESTRANT**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	**FULVESTRANT**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	**FULVESTRANT**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	**FULVESTRANT**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	**FULVESTRANT**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	**FULVESTRANT**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	**FULVESTRANT**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	**FULVESTRANT**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	**FULVESTRANT**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	**FULVESTRANT**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEMCITABINE**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	**GEMCITABINE**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**GEMCITABINE**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	**GEMCITABINE**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	**GEMCITABINE**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	**GEMCITABINE**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	**GEMCITABINE**	C38.4	OPŁUCNA
8.	**GEMCITABINE**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
9.	**GEMCITABINE**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
10.	**GEMCITABINE**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
11.	**GEMCITABINE**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
12.	**GEMCITABINE**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
13.	**GEMCITABINE**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
14.	**GEMCITABINE**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	**GEMCITABINE**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	**GEMCITABINE**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	**GEMCITABINE**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	**GEMCITABINE**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
19.	**GEMCITABINE**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
20.	**GEMCITABINE**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
21.	**GEMCITABINE**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
22.	**GEMCITABINE**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
23.	**GEMCITABINE**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
24.	**GEMCITABINE**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
25.	**GEMCITABINE**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
26.	**GEMCITABINE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
27.	**GEMCITABINE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
28.	**GEMCITABINE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
29.	**GEMCITABINE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
9	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
15	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
17	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
22	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
40	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	**HYDROXYCARBAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**IFOSFAMIDUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**IFOSFAMIDUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**IFOSFAMIDUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**IFOSFAMIDUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**IFOSFAMIDUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**IFOSFAMIDUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**IFOSFAMIDUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**IFOSFAMIDUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**IFOSFAMIDUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**IFOSFAMIDUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**IFOSFAMIDUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**IFOSFAMIDUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**IFOSFAMIDUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**IFOSFAMIDUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**IFOSFAMIDUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**IFOSFAMIDUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**IFOSFAMIDUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**IFOSFAMIDUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**IFOSFAMIDUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**IFOSFAMIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**IFOSFAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**IFOSFAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**IFOSFAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**IFOSFAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**IFOSFAMIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**IFOSFAMIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**IFOSFAMIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**IFOSFAMIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**IFOSFAMIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**IFOSFAMIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**IFOSFAMIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**IFOSFAMIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**IFOSFAMIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**IFOSFAMIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**IFOSFAMIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**IFOSFAMIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**IFOSFAMIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**IFOSFAMIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**IFOSFAMIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**IFOSFAMIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**IFOSFAMIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**IFOSFAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**IFOSFAMIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**IFOSFAMIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**IFOSFAMIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	**IFOSFAMIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**IFOSFAMIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**IFOSFAMIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**IFOSFAMIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**IFOSFAMIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**IFOSFAMIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**IFOSFAMIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**IFOSFAMIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**IFOSFAMIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**IFOSFAMIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**IFOSFAMIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**IFOSFAMIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**IFOSFAMIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**IFOSFAMIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**IFOSFAMIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**IFOSFAMIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**IFOSFAMIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**IFOSFAMIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**IFOSFAMIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**IFOSFAMIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**IFOSFAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**IFOSFAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**IFOSFAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**IFOSFAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**IFOSFAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	**IFOSFAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**IFOSFAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**IFOSFAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**IFOSFAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**IFOSFAMIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**IFOSFAMIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**IFOSFAMIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**IFOSFAMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**IFOSFAMIDUM**	C16.0	WPUST
80	**IFOSFAMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**IFOSFAMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**IFOSFAMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**IFOSFAMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**IFOSFAMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**IFOSFAMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**IFOSFAMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**IFOSFAMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**IFOSFAMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**IFOSFAMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90	**IFOSFAMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91	**IFOSFAMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92	**IFOSFAMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93	**IFOSFAMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	**IFOSFAMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	**IFOSFAMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	**IFOSFAMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	**IFOSFAMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	**IFOSFAMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	**IFOSFAMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	**IFOSFAMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	**IFOSFAMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	**IFOSFAMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	**IFOSFAMIDUM**	C18.7	ESICA
104	**IFOSFAMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	**IFOSFAMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	**IFOSFAMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	**IFOSFAMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	**IFOSFAMIDUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	**IFOSFAMIDUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	**IFOSFAMIDUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	**IFOSFAMIDUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	**IFOSFAMIDUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**IFOSFAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	**IFOSFAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**IFOSFAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**IFOSFAMIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**IFOSFAMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**IFOSFAMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**IFOSFAMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**IFOSFAMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	**IFOSFAMIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**IFOSFAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**IFOSFAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**IFOSFAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**IFOSFAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**IFOSFAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**IFOSFAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**IFOSFAMIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**IFOSFAMIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**IFOSFAMIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**IFOSFAMIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**IFOSFAMIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**IFOSFAMIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**IFOSFAMIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**IFOSFAMIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**IFOSFAMIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	**IFOSFAMIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	**IFOSFAMIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139	**IFOSFAMIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	**IFOSFAMIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141	**IFOSFAMIDUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	**IFOSFAMIDUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143	**IFOSFAMIDUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	**IFOSFAMIDUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	**IFOSFAMIDUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	**IFOSFAMIDUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	**IFOSFAMIDUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	**IFOSFAMIDUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	**IFOSFAMIDUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	**IFOSFAMIDUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	**IFOSFAMIDUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	**IFOSFAMIDUM**	C32.0	GŁOŚNIA
153	**IFOSFAMIDUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	**IFOSFAMIDUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	**IFOSFAMIDUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	**IFOSFAMIDUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	**IFOSFAMIDUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	**IFOSFAMIDUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	**IFOSFAMIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	**IFOSFAMIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	**IFOSFAMIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	**IFOSFAMIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	**IFOSFAMIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	**IFOSFAMIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	**IFOSFAMIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	**IFOSFAMIDUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	**IFOSFAMIDUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	**IFOSFAMIDUM**	C38.0	SERCE
169	**IFOSFAMIDUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	**IFOSFAMIDUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	**IFOSFAMIDUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	**IFOSFAMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA
173	**IFOSFAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	**IFOSFAMIDUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	**IFOSFAMIDUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	**IFOSFAMIDUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	**IFOSFAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	**IFOSFAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	**IFOSFAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	**IFOSFAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	**IFOSFAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	**IFOSFAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	**IFOSFAMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	**IFOSFAMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	**IFOSFAMIDUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	**IFOSFAMIDUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	**IFOSFAMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA
188	**IFOSFAMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	**IFOSFAMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	**IFOSFAMIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	**IFOSFAMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	**IFOSFAMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	**IFOSFAMIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	**IFOSFAMIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	**IFOSFAMIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	**IFOSFAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	**IFOSFAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	**IFOSFAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	**IFOSFAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	**IFOSFAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	**IFOSFAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	**IFOSFAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	**IFOSFAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	**IFOSFAMIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
205	**IFOSFAMIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
206	**IFOSFAMIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	**IFOSFAMIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
208	**IFOSFAMIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	**IFOSFAMIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	**IFOSFAMIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	**IFOSFAMIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
212	**IFOSFAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	**IFOSFAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	**IFOSFAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	**IFOSFAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	**IFOSFAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	**IFOSFAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	**IFOSFAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	**IFOSFAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	**IFOSFAMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	**IFOSFAMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	**IFOSFAMIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	**IFOSFAMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	**IFOSFAMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	**IFOSFAMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	**IFOSFAMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	**IFOSFAMIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	**IFOSFAMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	**IFOSFAMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	**IFOSFAMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	**IFOSFAMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	**IFOSFAMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	**IFOSFAMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	**IFOSFAMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	**IFOSFAMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	**IFOSFAMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	**IFOSFAMIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	**IFOSFAMIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	**IFOSFAMIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	**IFOSFAMIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	**IFOSFAMIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	**IFOSFAMIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	**IFOSFAMIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	**IFOSFAMIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	**IFOSFAMIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	**IFOSFAMIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	**IFOSFAMIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	**IFOSFAMIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	**IFOSFAMIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	**IFOSFAMIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
251	**IFOSFAMIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	**IFOSFAMIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	**IFOSFAMIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	**IFOSFAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	**IFOSFAMIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	**IFOSFAMIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	**IFOSFAMIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	**IFOSFAMIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	**IFOSFAMIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	**IFOSFAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	**IFOSFAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	**IFOSFAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	**IFOSFAMIDUM**	C54.3	DNO MACICY
264	**IFOSFAMIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	**IFOSFAMIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	**IFOSFAMIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	**IFOSFAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	**IFOSFAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**IFOSFAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	**IFOSFAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	**IFOSFAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
272	**IFOSFAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
273	**IFOSFAMIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	**IFOSFAMIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	**IFOSFAMIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	**IFOSFAMIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	**IFOSFAMIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**IFOSFAMIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**IFOSFAMIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**IFOSFAMIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**IFOSFAMIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**IFOSFAMIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**IFOSFAMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**IFOSFAMIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**IFOSFAMIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**IFOSFAMIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**IFOSFAMIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**IFOSFAMIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**IFOSFAMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**IFOSFAMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**IFOSFAMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**IFOSFAMIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**IFOSFAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**IFOSFAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**IFOSFAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	**IFOSFAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**IFOSFAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**IFOSFAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**IFOSFAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	**IFOSFAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**IFOSFAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**IFOSFAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**IFOSFAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**IFOSFAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**IFOSFAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**IFOSFAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**IFOSFAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**IFOSFAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**IFOSFAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**IFOSFAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**IFOSFAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**IFOSFAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**IFOSFAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**IFOSFAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**IFOSFAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**IFOSFAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**IFOSFAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**IFOSFAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**IFOSFAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**IFOSFAMIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	**IFOSFAMIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**IFOSFAMIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**IFOSFAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	**IFOSFAMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**IFOSFAMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**IFOSFAMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**IFOSFAMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**IFOSFAMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**IFOSFAMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**IFOSFAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**IFOSFAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**IFOSFAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**IFOSFAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	**IFOSFAMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	**IFOSFAMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
336	**IFOSFAMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	**IFOSFAMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
338	**IFOSFAMIDUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	**IFOSFAMIDUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	**IFOSFAMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	**IFOSFAMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	**IFOSFAMIDUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**IFOSFAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	**IFOSFAMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
345	**IFOSFAMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	**IFOSFAMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	**IFOSFAMIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	**IFOSFAMIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	**IFOSFAMIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	**IFOSFAMIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	**IFOSFAMIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
352	**IFOSFAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**IFOSFAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
354	**IFOSFAMIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	**IFOSFAMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	**IFOSFAMIDUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	**IFOSFAMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	**IFOSFAMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	**IFOSFAMIDUM**	C76.2	BRZUCH
360	**IFOSFAMIDUM**	C76.3	MIEDNICA
361	**IFOSFAMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	**IFOSFAMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	**IFOSFAMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	**IFOSFAMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	**IFOSFAMIDUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	**IFOSFAMIDUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	**IFOSFAMIDUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	**IFOSFAMIDUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	**IFOSFAMIDUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	**IFOSFAMIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	**IFOSFAMIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**IFOSFAMIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**IFOSFAMIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**IFOSFAMIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**IFOSFAMIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**IFOSFAMIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**IFOSFAMIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**IFOSFAMIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**IFOSFAMIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**IFOSFAMIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**IFOSFAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**IFOSFAMIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**IFOSFAMIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**IFOSFAMIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**IFOSFAMIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**IFOSFAMIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**IFOSFAMIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**IFOSFAMIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**IFOSFAMIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**IFOSFAMIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**IFOSFAMIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	**IFOSFAMIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**IFOSFAMIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**IFOSFAMIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**IFOSFAMIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	**IFOSFAMIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**IFOSFAMIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**IFOSFAMIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**IFOSFAMIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**IFOSFAMIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**IFOSFAMIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**IFOSFAMIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**IFOSFAMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**IFOSFAMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**IFOSFAMIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**IFOSFAMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**IFOSFAMIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**IFOSFAMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**IFOSFAMIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**IFOSFAMIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**IFOSFAMIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**IFOSFAMIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**IFOSFAMIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**IFOSFAMIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	**IFOSFAMIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**IFOSFAMIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**IFOSFAMIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**IFOSFAMIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**IFOSFAMIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**IFOSFAMIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	**IFOSFAMIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**IFOSFAMIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**IFOSFAMIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**IFOSFAMIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**IFOSFAMIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**IFOSFAMIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**IFOSFAMIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**IFOSFAMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**IFOSFAMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**IFOSFAMIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**IFOSFAMIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**IFOSFAMIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**IFOSFAMIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**IFOSFAMIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**IFOSFAMIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**IFOSFAMIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**IFOSFAMIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**IFOSFAMIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	**IFOSFAMIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	**IFOSFAMIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**IFOSFAMIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**IFOSFAMIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**IFOSFAMIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	**IFOSFAMIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	**IFOSFAMIDUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	**IFOSFAMIDUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	**IFOSFAMIDUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	**IFOSFAMIDUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	**IFOSFAMIDUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	**IFOSFAMIDUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	**IFOSFAMIDUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	**IFOSFAMIDUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	**IFOSFAMIDUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	**IFOSFAMIDUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	**IFOSFAMIDUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	**IFOSFAMIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	**IFOSFAMIDUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	**IFOSFAMIDUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	**IFOSFAMIDUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	**IFOSFAMIDUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	**IFOSFAMIDUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	**IFOSFAMIDUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	**IFOSFAMIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**IFOSFAMIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**IFOSFAMIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**IFOSFAMIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**IFOSFAMIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**IFOSFAMIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**IFOSFAMIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**IFOSFAMIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	**IFOSFAMIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**IFOSFAMIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**IFOSFAMIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**IFOSFAMIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**IFOSFAMIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**IFOSFAMIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**IFOSFAMIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**IFOSFAMIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**IFOSFAMIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**IFOSFAMIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**IFOSFAMIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**IFOSFAMIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**IFOSFAMIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**IFOSFAMIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**IFOSFAMIDUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	**IFOSFAMIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**IFOSFAMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**IFOSFAMIDUM**	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**IFOSFAMIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**IFOSFAMIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**IFOSFAMIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**IFOSFAMIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**IFOSFAMIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**IFOSFAMIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	**IFOSFAMIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**IFOSFAMIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**IFOSFAMIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**IFOSFAMIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**IFOSFAMIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**IFOSFAMIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**IFOSFAMIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**IFOSFAMIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**IFOSFAMIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**IFOSFAMIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**IFOSFAMIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**IFOSFAMIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**IFOSFAMIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**IFOSFAMIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	**IFOSFAMIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**IFOSFAMIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**IFOSFAMIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**IFOSFAMIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**IFOSFAMIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**IFOSFAMIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**IFOSFAMIDUM**	D07.1	SROM
516	**IFOSFAMIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**IFOSFAMIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**IFOSFAMIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**IFOSFAMIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	**IFOSFAMIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**IFOSFAMIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**IFOSFAMIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**IFOSFAMIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**IFOSFAMIDUM**	D09.2	OKO
525	**IFOSFAMIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**IFOSFAMIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**IFOSFAMIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**IFOSFAMIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**IFOSFAMIDUM**	D10.0	WARGA
530	**IFOSFAMIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**IFOSFAMIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**IFOSFAMIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	**IFOSFAMIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**IFOSFAMIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**IFOSFAMIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**IFOSFAMIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**IFOSFAMIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**IFOSFAMIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**IFOSFAMIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**IFOSFAMIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**IFOSFAMIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**IFOSFAMIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**IFOSFAMIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**IFOSFAMIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	**IFOSFAMIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**IFOSFAMIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**IFOSFAMIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**IFOSFAMIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**IFOSFAMIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**IFOSFAMIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**IFOSFAMIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**IFOSFAMIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**IFOSFAMIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**IFOSFAMIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**IFOSFAMIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	**IFOSFAMIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**IFOSFAMIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**IFOSFAMIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**IFOSFAMIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**IFOSFAMIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**IFOSFAMIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**IFOSFAMIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**IFOSFAMIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**IFOSFAMIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**IFOSFAMIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**IFOSFAMIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**IFOSFAMIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**IFOSFAMIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**IFOSFAMIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	**IFOSFAMIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**IFOSFAMIDUM**	D15.1	SERCE
572	**IFOSFAMIDUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	**IFOSFAMIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**IFOSFAMIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**IFOSFAMIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**IFOSFAMIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**IFOSFAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**IFOSFAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	**IFOSFAMIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**IFOSFAMIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**IFOSFAMIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**IFOSFAMIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**IFOSFAMIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**IFOSFAMIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**IFOSFAMIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**IFOSFAMIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	**IFOSFAMIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	**IFOSFAMIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
589	**IFOSFAMIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	**IFOSFAMIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	**IFOSFAMIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	**IFOSFAMIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	**IFOSFAMIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	**IFOSFAMIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	**IFOSFAMIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	**IFOSFAMIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	**IFOSFAMIDUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	**IFOSFAMIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	**IFOSFAMIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	**IFOSFAMIDUM**	D28.0	SROM
601	**IFOSFAMIDUM**	D28.1	POCHWA
602	**IFOSFAMIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	**IFOSFAMIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	**IFOSFAMIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	**IFOSFAMIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	**IFOSFAMIDUM**	D29.0	PRĄCIE
607	**IFOSFAMIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	**IFOSFAMIDUM**	D29.2	JĄDRO
609	**IFOSFAMIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
610	**IFOSFAMIDUM**	D29.4	MOSZNA
611	**IFOSFAMIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	**IFOSFAMIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	**IFOSFAMIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	**IFOSFAMIDUM**	D30.0	NERKA
615	**IFOSFAMIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	**IFOSFAMIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
617	**IFOSFAMIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
618	**IFOSFAMIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	**IFOSFAMIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	**IFOSFAMIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	**IFOSFAMIDUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	**IFOSFAMIDUM**	D31.0	SPOJÓWKA
623	**IFOSFAMIDUM**	D31.1	ROGÓWKA
624	**IFOSFAMIDUM**	D31.2	SIATKÓWKA
625	**IFOSFAMIDUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	**IFOSFAMIDUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	**IFOSFAMIDUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	**IFOSFAMIDUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	**IFOSFAMIDUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	**IFOSFAMIDUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	**IFOSFAMIDUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	**IFOSFAMIDUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	**IFOSFAMIDUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	**IFOSFAMIDUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	**IFOSFAMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	**IFOSFAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	**IFOSFAMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	**IFOSFAMIDUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	**IFOSFAMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	**IFOSFAMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	**IFOSFAMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	**IFOSFAMIDUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	**IFOSFAMIDUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	**IFOSFAMIDUM**	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	**IFOSFAMIDUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	**IFOSFAMIDUM**	D35.2	PRZYSADKA
647	**IFOSFAMIDUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	**IFOSFAMIDUM**	D35.4	SZYSZYNKA
649	**IFOSFAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	**IFOSFAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
651	**IFOSFAMIDUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	**IFOSFAMIDUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	**IFOSFAMIDUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	**IFOSFAMIDUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	**IFOSFAMIDUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	**IFOSFAMIDUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	**IFOSFAMIDUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	**IFOSFAMIDUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	**IFOSFAMIDUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	**IFOSFAMIDUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	**IFOSFAMIDUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	**IFOSFAMIDUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
663	**IFOSFAMIDUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	**IFOSFAMIDUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
665	**IFOSFAMIDUM**	D37.5	ODBYTNICA
666	**IFOSFAMIDUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
667	**IFOSFAMIDUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	**IFOSFAMIDUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	**IFOSFAMIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	**IFOSFAMIDUM**	D38.0	KRTAŃ
671	**IFOSFAMIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	**IFOSFAMIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
673	**IFOSFAMIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	**IFOSFAMIDUM**	D38.4	GRASICA
675	**IFOSFAMIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	**IFOSFAMIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	**IFOSFAMIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	**IFOSFAMIDUM**	D39.0	MACICA
679	**IFOSFAMIDUM**	D39.1	JAJNIK
680	**IFOSFAMIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
681	**IFOSFAMIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	**IFOSFAMIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	**IFOSFAMIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	**IFOSFAMIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	**IFOSFAMIDUM**	D40.1	JĄDRO
686	**IFOSFAMIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	**IFOSFAMIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	**IFOSFAMIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	**IFOSFAMIDUM**	D41.0	NERKA
690	**IFOSFAMIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	**IFOSFAMIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
692	**IFOSFAMIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	**IFOSFAMIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
694	**IFOSFAMIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	**IFOSFAMIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	**IFOSFAMIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	**IFOSFAMIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	**IFOSFAMIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	**IFOSFAMIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	**IFOSFAMIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	**IFOSFAMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	**IFOSFAMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	**IFOSFAMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	**IFOSFAMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	**IFOSFAMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	**IFOSFAMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	**IFOSFAMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	**IFOSFAMIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	**IFOSFAMIDUM**	D44.0	TARCZYCA
710	**IFOSFAMIDUM**	D44.1	NADNERCZA
711	**IFOSFAMIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	**IFOSFAMIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
713	**IFOSFAMIDUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	**IFOSFAMIDUM**	D44.5	SZYSZYNKA
715	**IFOSFAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
716	**IFOSFAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
717	**IFOSFAMIDUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	**IFOSFAMIDUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	**IFOSFAMIDUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	**IFOSFAMIDUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	**IFOSFAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	**IFOSFAMIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	**IFOSFAMIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	**IFOSFAMIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	**IFOSFAMIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	**IFOSFAMIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	**IFOSFAMIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
728	**IFOSFAMIDUM**	D48.5	SKÓRA
729	**IFOSFAMIDUM**	D48.6	SUTEK
730	**IFOSFAMIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	**IFOSFAMIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	**IFOSFAMIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	**IFOSFAMIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	**IFOSFAMIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	**IFOSFAMIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	**IFOSFAMIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	**IFOSFAMIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	**IFOSFAMIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	**IFOSFAMIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
740	**IFOSFAMIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	**IFOSFAMIDUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IRINOTECANUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**IRINOTECANUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IRINOTECANUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IRINOTECANUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IRINOTECANUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IRINOTECANUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IRINOTECANUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**IRINOTECANUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**IRINOTECANUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**IRINOTECANUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**IRINOTECANUM**	C16.0	WPUST
12.	**IRINOTECANUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**IRINOTECANUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**IRINOTECANUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**IRINOTECANUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**IRINOTECANUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**IRINOTECANUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**IRINOTECANUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**IRINOTECANUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**IRINOTECANUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**IRINOTECANUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**IRINOTECANUM**	C17.1	JELITO CZCZE
23.	**IRINOTECANUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**IRINOTECANUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**IRINOTECANUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**IRINOTECANUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**IRINOTECANUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**IRINOTECANUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**IRINOTECANUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**IRINOTECANUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**IRINOTECANUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**IRINOTECANUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**IRINOTECANUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**IRINOTECANUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**IRINOTECANUM**	C18.7	ESICA
36.	**IRINOTECANUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**IRINOTECANUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**IRINOTECANUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**IRINOTECANUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**IRINOTECANUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	**IRINOTECANUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	**IRINOTECANUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	**IRINOTECANUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	**IRINOTECANUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	**IRINOTECANUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	**IRINOTECANUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	**IRINOTECANUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	**IRINOTECANUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	**IRINOTECANUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	**IRINOTECANUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	**IRINOTECANUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	**IRINOTECANUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	**IRINOTECANUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	**IRINOTECANUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	**IRINOTECANUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	**IRINOTECANUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	**IRINOTECANUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	**IRINOTECANUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	**IRINOTECANUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	**IRINOTECANUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	**IRINOTECANUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	**IRINOTECANUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	**IRINOTECANUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	**IRINOTECANUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	**IRINOTECANUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	**IRINOTECANUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	**IRINOTECANUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	**IRINOTECANUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	**IRINOTECANUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	**IRINOTECANUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	**IRINOTECANUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	**IRINOTECANUM**	C41.1	ŻUCHWA
73.	**IRINOTECANUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**IRINOTECANUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	**IRINOTECANUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	**IRINOTECANUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	**IRINOTECANUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	**IRINOTECANUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
79.	**IRINOTECANUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	**IRINOTECANUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	**IRINOTECANUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	**IRINOTECANUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	**IRINOTECANUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	**IRINOTECANUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	**IRINOTECANUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	**IRINOTECANUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	**IRINOTECANUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	**IRINOTECANUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	**IRINOTECANUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	**IRINOTECANUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	**IRINOTECANUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	**IRINOTECANUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	**IRINOTECANUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	**IRINOTECANUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	**IRINOTECANUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	**IRINOTECANUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	**IRINOTECANUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	**IRINOTECANUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	**IRINOTECANUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	**IRINOTECANUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	**IRINOTECANUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	**IRINOTECANUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	**IRINOTECANUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	**IRINOTECANUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	**IRINOTECANUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	**IRINOTECANUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	**IRINOTECANUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	**IRINOTECANUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	**IRINOTECANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	**IRINOTECANUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	**IRINOTECANUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	**IRINOTECANUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	**IRINOTECANUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**IRINOTECANUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**IRINOTECANUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**IRINOTECANUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**IRINOTECANUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	**IRINOTECANUM**	C67.7	MOCZOWNIK
119.	**IRINOTECANUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**IRINOTECANUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	**IRINOTECANUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	**IRINOTECANUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
123.	**IRINOTECANUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	**IRINOTECANUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	**IRINOTECANUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	**IRINOTECANUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	**IRINOTECANUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	**IRINOTECANUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
129.	**IRINOTECANUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	**IRINOTECANUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	**IRINOTECANUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	**IRINOTECANUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	**IRINOTECANUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	**IRINOTECANUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	**IRINOTECANUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	**IRINOTECANUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	**IRINOTECANUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	**IRINOTECANUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	**IRINOTECANUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	**IRINOTECANUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	**LANREOTIDUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**LANREOTIDUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**LANREOTIDUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**LANREOTIDUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**LANREOTIDUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**LANREOTIDUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	**LANREOTIDUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	**LANREOTIDUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	**LANREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	**LANREOTIDUM**	C16.0	WPUST
12.	**LANREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	**LANREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	**LANREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	**LANREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	**LANREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	**LANREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	**LANREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	**LANREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	**LANREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	**LANREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
22.	**LANREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**LANREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**LANREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**LANREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**LANREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**LANREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**LANREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**LANREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**LANREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**LANREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**LANREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**LANREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**LANREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**LANREOTIDUM**	C18.7	ESICA
36.	**LANREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**LANREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**LANREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**LANREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**LANREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	**LANREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	**LANREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	**LANREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	**LANREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	**LANREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	**LANREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	**LANREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	**LANREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	**LANREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	**LANREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	**LANREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	**LANREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	**LANREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	**LANREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	**LANREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	**LANREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	**LANREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	**LANREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	**LANREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	**LANREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	**LANREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	**LANREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	**LANREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	**LANREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	**LANREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
66.	**LANREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	**LANREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
68.	**LANREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	**LANREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	**LANREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	**LANREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	**LANREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	**LANREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	**LANREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LANREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MELPHALANUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**MELPHALANUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**MELPHALANUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**MELPHALANUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**MELPHALANUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**MELPHALANUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**MELPHALANUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**MELPHALANUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**MELPHALANUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**MELPHALANUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**MELPHALANUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**MELPHALANUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	**MELPHALANUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	**MELPHALANUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	**MELPHALANUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	**MELPHALANUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	**MELPHALANUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	**MELPHALANUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	**MELPHALANUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	**MELPHALANUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	**MELPHALANUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	**MELPHALANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	**MELPHALANUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	**MELPHALANUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	**MELPHALANUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	**MELPHALANUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	**MELPHALANUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	**MELPHALANUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	**MELPHALANUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	**MELPHALANUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	**MELPHALANUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	**MELPHALANUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	**MELPHALANUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	**MELPHALANUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	**MELPHALANUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	**MELPHALANUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MELPHALANUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**MELPHALANUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	**MELPHALANUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
40.	**MELPHALANUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	**MELPHALANUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	**MELPHALANUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	**MELPHALANUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	**MELPHALANUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	**MELPHALANUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	**MELPHALANUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	**MELPHALANUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	**MELPHALANUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	**MELPHALANUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	**MELPHALANUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	**MELPHALANUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
52.	**MELPHALANUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	**MELPHALANUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**MELPHALANUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	**MELPHALANUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	**MELPHALANUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	**MELPHALANUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	**MELPHALANUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	**MELPHALANUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	**MELPHALANUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	**MELPHALANUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	**MELPHALANUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MERCAPTOPURINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	**MERCAPTOPURINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**MERCAPTOPURINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**MERCAPTOPURINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**MERCAPTOPURINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	**MERCAPTOPURINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**MERCAPTOPURINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**MERCAPTOPURINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**MERCAPTOPURINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**MERCAPTOPURINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**MERCAPTOPURINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
39.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	**MERCAPTOPURINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	**MERCAPTOPURINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
45.	**MERCAPTOPURINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	**MERCAPTOPURINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	**MERCAPTOPURINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	**MERCAPTOPURINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	**MERCAPTOPURINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	**MERCAPTOPURINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	**MERCAPTOPURINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	**MERCAPTOPURINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	**MERCAPTOPURINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	**MERCAPTOPURINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	**MERCAPTOPURINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	**MERCAPTOPURINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	**MERCAPTOPURINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
94.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	**MERCAPTOPURINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	**MERCAPTOPURINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
107.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	**MERCAPTOPURINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**METHOTREXATUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**METHOTREXATUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**METHOTREXATUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**METHOTREXATUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**METHOTREXATUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**METHOTREXATUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**METHOTREXATUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**METHOTREXATUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**METHOTREXATUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**METHOTREXATUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**METHOTREXATUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**METHOTREXATUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**METHOTREXATUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**METHOTREXATUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**METHOTREXATUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**METHOTREXATUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**METHOTREXATUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**METHOTREXATUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**METHOTREXATUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**METHOTREXATUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**METHOTREXATUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**METHOTREXATUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**METHOTREXATUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**METHOTREXATUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**METHOTREXATUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**METHOTREXATUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**METHOTREXATUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**METHOTREXATUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**METHOTREXATUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**METHOTREXATUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**METHOTREXATUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**METHOTREXATUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**METHOTREXATUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**METHOTREXATUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**METHOTREXATUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**METHOTREXATUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**METHOTREXATUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**METHOTREXATUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**METHOTREXATUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**METHOTREXATUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**METHOTREXATUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**METHOTREXATUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**METHOTREXATUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**METHOTREXATUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**METHOTREXATUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**METHOTREXATUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**METHOTREXATUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**METHOTREXATUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**METHOTREXATUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**METHOTREXATUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**METHOTREXATUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**METHOTREXATUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**METHOTREXATUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**METHOTREXATUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**METHOTREXATUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**METHOTREXATUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**METHOTREXATUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**METHOTREXATUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**METHOTREXATUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**METHOTREXATUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**METHOTREXATUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**METHOTREXATUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**METHOTREXATUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**METHOTREXATUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**METHOTREXATUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**METHOTREXATUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**METHOTREXATUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**METHOTREXATUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**METHOTREXATUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**METHOTREXATUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**METHOTREXATUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**METHOTREXATUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**METHOTREXATUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**METHOTREXATUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O 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.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OCTREOTIDUM**	C16.0	WPUST
3.	**OCTREOTIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OCTREOTIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OCTREOTIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OCTREOTIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OCTREOTIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OCTREOTIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OCTREOTIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OCTREOTIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OCTREOTIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OCTREOTIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OCTREOTIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OCTREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OCTREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OCTREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OCTREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OCTREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OCTREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OCTREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	**OCTREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OCTREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OCTREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**OCTREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OCTREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OCTREOTIDUM**	C18.7	ESICA
27.	**OCTREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OCTREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OCTREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OCTREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OCTREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	**OCTREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	**OCTREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	**OCTREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	**OCTREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	**OCTREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC TRZUSTKI
38.	**OCTREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	**OCTREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	**OCTREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	**OCTREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	**OCTREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	**OCTREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	**OCTREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	**OCTREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	**OCTREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	**OCTREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	**OCTREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	**OCTREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	**OCTREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	**OCTREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	**OCTREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	**OCTREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	**OCTREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	**OCTREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	**OCTREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
57.	**OCTREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	**OCTREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
59.	**OCTREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	**OCTREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	**OCTREOTIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	**OCTREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	**OCTREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	**OCTREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	**OCTREOTIDUM**	E34.8	INNE OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
66.	**OCTREOTIDUM**	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTREOTIDUM**	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	**OXALIPLATINUM**	C16.0	WPUST
3.	**OXALIPLATINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	**OXALIPLATINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	**OXALIPLATINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	**OXALIPLATINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	**OXALIPLATINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	**OXALIPLATINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	**OXALIPLATINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	**OXALIPLATINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	**OXALIPLATINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	**OXALIPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
13.	**OXALIPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
14.	**OXALIPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	**OXALIPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
16.	**OXALIPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	**OXALIPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	**OXALIPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**OXALIPLATINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	**OXALIPLATINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**OXALIPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	**OXALIPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	**OXALIPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATIN**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
2.	**OXALIPLATIN**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**OXALIPLATIN**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	**OXALIPLATIN**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
5.	**OXALIPLATIN**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
6.	**OXALIPLATIN**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
7.	**OXALIPLATIN**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	**OXALIPLATIN**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
9.	**OXALIPLATIN**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	**OXALIPLATIN**	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	**OXALIPLATIN**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	**OXALIPLATIN**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	**OXALIPLATIN**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	**OXALIPLATIN**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	**OXALIPLATIN**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	**OXALIPLATIN**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	**OXALIPLATIN**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	**OXALIPLATIN**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	**OXALIPLATIN**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	**OXALIPLATIN**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**OXALIPLATIN**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
22.	**OXALIPLATIN**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23.	**OXALIPLATIN**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
24.	**OXALIPLATIN**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
25.	**OXALIPLATIN**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
26.	**OXALIPLATIN**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
27.	**OXALIPLATIN**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
28.	**OXALIPLATIN**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	**OXALIPLATIN**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
30.	**OXALIPLATIN**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
31.	**OXALIPLATIN**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
32.	**OXALIPLATIN**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATIN**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
34.	**OXALIPLATIN**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
35.	**OXALIPLATIN**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
36.	**OXALIPLATIN**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
37.	**OXALIPLATIN**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
38.	**OXALIPLATIN**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
39.	**OXALIPLATIN**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
40.	**OXALIPLATIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
41.	**OXALIPLATIN**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
42.	**OXALIPLATIN**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
43.	**OXALIPLATIN**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**OXALIPLATIN**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	**OXALIPLATIN**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	**OXALIPLATIN**	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXEL

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PACLITAXEL**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**PACLITAXEL**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	**PACLITAXEL**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	**PACLITAXEL**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
5.	**PACLITAXEL**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	**PACLITAXEL**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	**PACLITAXEL**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	**PACLITAXEL**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	**PACLITAXEL**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	**PACLITAXEL**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	**PACLITAXEL**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	**PACLITAXEL**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	**PACLITAXEL**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	**PACLITAXEL**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	**PACLITAXEL**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	**PACLITAXEL**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	**PACLITAXEL**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w pierwszej i drugiej linii leczenia*
18.	**PACLITAXEL**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	**PACLITAXEL**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**PACLITAXEL**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	**PACLITAXEL**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	**PACLITAXEL**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	**PACLITAXEL**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
24.	**PACLITAXEL**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	**PACLITAXEL**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
26.	**PACLITAXEL**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	**PACLITAXEL**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	**PACLITAXEL**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	**PACLITAXEL**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	**PACLITAXEL**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	**PACLITAXEL**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	**PACLITAXEL**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	**PACLITAXEL**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
34.	**PACLITAXEL**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	**PACLITAXEL**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	**PACLITAXEL**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	**PACLITAXEL**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	**PACLITAXEL**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEGASPARGASUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**PEGASPARGASUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**PEGASPARGASUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**PEGASPARGASUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**PEGASPARGASUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**PEGASPARGASUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**PEGASPARGASUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**PEGASPARGASUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**PEGASPARGASUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**PEGASPARGASUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**PEGASPARGASUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**PEGASPARGASUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**PEGASPARGASUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**PEGASPARGASUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**PEGASPARGASUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**PEGASPARGASUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**PEGASPARGASUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**PEGASPARGASUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**PEGASPARGASUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**PEGASPARGASUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**PEGASPARGASUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**PEGASPARGASUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**PEGASPARGASUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**PEGASPARGASUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**PEGASPARGASUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**PEGASPARGASUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**PEGASPARGASUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**PEGASPARGASUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**PEGASPARGASUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**PEGASPARGASUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**PEGASPARGASUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	**PEGASPARGASUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	**PEGASPARGASUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	**PEGASPARGASUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	**PEGASPARGASUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	**PEGASPARGASUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	**PEGASPARGASUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**PEGASPARGASUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	**PEGASPARGASUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	**PEGASPARGASUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	**PEGASPARGASUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	**PEGASPARGASUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**PEGASPARGASUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	**PEGASPARGASUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	**PEGASPARGASUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	**PEGASPARGASUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**PEGASPARGASUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PEMETREKSED**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*
2.	**PEMETREKSED**	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RITUXIMABUM**	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	**RITUXIMABUM**	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	**RITUXIMABUM**	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	**RITUXIMABUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	**RITUXIMABUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	**RITUXIMABUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	**RITUXIMABUM**	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	**RITUXIMABUM**	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	**RITUXIMABUM**	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	**RITUXIMABUM**	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	**RITUXIMABUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	**RITUXIMABUM**	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	**RITUXIMABUM**	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	**RITUXIMABUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	**RITUXIMABUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	**RITUXIMABUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	**RITUXIMABUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	**RITUXIMABUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	**RITUXIMABUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	**RITUXIMABUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
21.	**RITUXIMABUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	**RITUXIMABUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	**RITUXIMABUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	**RITUXIMABUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	**RITUXIMABUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	**RITUXIMABUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	**RITUXIMABUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	**RITUXIMABUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	**RITUXIMABUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	**RITUXIMABUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	**RITUXIMABUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TIOGUANINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	**TIOGUANINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	**TIOGUANINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	**TIOGUANINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	**TIOGUANINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	**TIOGUANINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	**TIOGUANINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	**TIOGUANINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	**TIOGUANINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	**TIOGUANINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	**TIOGUANINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	**TIOGUANINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	**TIOGUANINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	**TIOGUANINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	**TIOGUANINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	**TIOGUANINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	**TIOGUANINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	**TIOGUANINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TIOGUANINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**TIOGUANINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**TIOGUANINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**TIOGUANINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**TIOGUANINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**TIOGUANINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**TIOGUANINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**TIOGUANINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**TIOGUANINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**TIOGUANINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**TIOGUANINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**TIOGUANINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	**TIOGUANINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32.	**TIOGUANINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	**TIOGUANINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	**TIOGUANINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	**TIOGUANINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	**TIOGUANINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	**TIOGUANINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**TIOGUANINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	**TIOGUANINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	**TIOGUANINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	**TIOGUANINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	**TIOGUANINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TIOGUANINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44.	**TIOGUANINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	**TIOGUANINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	**TIOGUANINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**TIOGUANINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	**TIOGUANINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	**TIOGUANINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	**TIOGUANINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	**TIOGUANINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	**TIOGUANINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	**TIOGUANINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**TIOGUANINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	**TIOGUANINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	**TIOGUANINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	**TIOGUANINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	**TIOGUANINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	**TIOGUANINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	**TIOGUANINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	**TIOGUANINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	**TIOGUANINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	**TIOGUANINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	**TIOGUANINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	**TIOGUANINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	**TIOGUANINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**TIOGUANINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	**TIOGUANINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	**TIOGUANINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**TIOGUANINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	**TIOGUANINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	**TIOGUANINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	**TIOGUANINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	**TIOGUANINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	**TIOGUANINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	**TIOGUANINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	**TIOGUANINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	**TIOGUANINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	**TIOGUANINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	**TIOGUANINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	**TIOGUANINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	**TIOGUANINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1

TOPOTECAN p.o.

Leczenie w monoterapii dorosłych pacjentów z nawrotowym rakiem drobnokomórkowym płuca, u których ponowne leczenie z użyciem chemioterapii pierwszego rzutu uznano za nieodpowiednie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECAN p.o.**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA

Załącznik C.57.2.

TOPOTECANUM inj.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
9.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.0	SERCE
10.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
12.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.4	OPŁUCNA
14.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
15.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRISTINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINCRISTINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINCRISTINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINCRISTINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINCRISTINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINCRISTINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINCRISTINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINCRISTINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINCRISTINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINCRISTINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINCRISTINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINCRISTINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINCRISTINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINCRISTINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINCRISTINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINCRISTINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINCRISTINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINCRISTINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINCRISTINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINCRISTINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	**VINCRISTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINCRISTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINCRISTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINCRISTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINCRISTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINCRISTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINCRISTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINCRISTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINCRISTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINCRISTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINCRISTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINCRISTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINCRISTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINCRISTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINCRISTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINCRISTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINCRISTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINCRISTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINCRISTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINCRISTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINCRISTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINCRISTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINCRISTINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**VINCRISTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINCRISTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINCRISTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINCRISTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINCRISTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINCRISTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINCRISTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINCRISTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINCRISTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINCRISTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINCRISTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINCRISTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINCRISTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINCRISTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINCRISTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINCRISTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINCRISTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINCRISTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINCRISTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINCRISTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINCRISTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINCRISTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINCRISTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINCRISTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINCRISTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINCRISTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINCRISTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINCRISTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINCRISTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINCRISTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINCRISTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINCRISTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINCRISTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINCRISTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINCRISTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINCRISTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINCRISTINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINCRISTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINCRISTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINCRISTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINCRISTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINCRISTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINCRISTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINCRISTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINCRISTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINCRISTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINCRISTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINCRISTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINCRISTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINCRISTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINCRISTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINCRISTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINCRISTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINCRISTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINCRISTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINCRISTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINCRISTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINCRISTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINCRISTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINCRISTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	**VINCRISTINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINCRISTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINCRISTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINCRISTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINCRISTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINCRISTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINCRISTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINCRISTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINCRISTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINCRISTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINCRISTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINCRISTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINCRISTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINCRISTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINCRISTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINCRISTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINCRISTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINCRISTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINCRISTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINCRISTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINCRISTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINCRISTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINCRISTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINCRISTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINCRISTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINCRISTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINCRISTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	**VINCRISTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINCRISTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINCRISTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINCRISTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINCRISTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINCRISTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINCRISTINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	**VINCRISTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINCRISTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINCRISTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINCRISTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**VINORELBINUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**VINORELBINUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**VINORELBINUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**VINORELBINUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**VINORELBINUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**VINORELBINUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**VINORELBINUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**VINORELBINUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**VINORELBINUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**VINORELBINUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**VINORELBINUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**VINORELBINUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**VINORELBINUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**VINORELBINUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**VINORELBINUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**VINORELBINUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**VINORELBINUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**VINORELBINUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**VINORELBINUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**VINORELBINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINORELBINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINORELBINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINORELBINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINORELBINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINORELBINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINORELBINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINORELBINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINORELBINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINORELBINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINORELBINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINORELBINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINORELBINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINORELBINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINORELBINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINORELBINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINORELBINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINORELBINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINORELBINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINORELBINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**VINORELBINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINORELBINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINORELBINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINORELBINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINORELBINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINORELBINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINORELBINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	**VINORELBINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINORELBINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINORELBINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINORELBINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINORELBINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINORELBINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINORELBINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINORELBINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINORELBINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINORELBINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINORELBINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINORELBINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINORELBINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINORELBINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINORELBINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINORELBINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINORELBINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINORELBINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINORELBINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINORELBINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINORELBINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINORELBINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINORELBINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINORELBINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	**VINORELBINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINORELBINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINORELBINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINORELBINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINORELBINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINORELBINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINORELBINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINORELBINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINORELBINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINORELBINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINORELBINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINORELBINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINORELBINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINORELBINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
90.	**VINORELBINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINORELBINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINORELBINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINORELBINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINORELBINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINORELBINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINORELBINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINORELBINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINORELBINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINORELBINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINORELBINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINORELBINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINORELBINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	**VINORELBINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINORELBINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINORELBINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINORELBINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINORELBINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINORELBINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINORELBINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINORELBINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINORELBINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINORELBINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINORELBINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINORELBINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINORELBINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINORELBINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINORELBINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINORELBINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINORELBINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINORELBINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINORELBINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINORELBINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	**VINORELBINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINORELBINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINORELBINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINORELBINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINORELBINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINORELBINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINORELBINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	**VINORELBINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINORELBINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINORELBINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINORELBINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	**VINORELBINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINORELBINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINORELBINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINORELBINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINORELBINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINORELBINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINORELBINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINORELBINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINORELBINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINORELBINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINORELBINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINORELBINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINORELBINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINORELBINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINORELBINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINORELBINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	**VINORELBINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINORELBINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINORELBINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINORELBINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
161.	**VINORELBINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINORELBINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINORELBINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINORELBINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINORELBINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINORELBINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINORELBINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINORELBINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINORELBINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINORELBINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINORELBINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINORELBINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINORELBINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINORELBINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINORELBINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINORELBINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINORELBINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINORELBINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINORELBINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINORELBINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINORELBINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINORELBINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINORELBINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINORELBINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINORELBINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINORELBINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINORELBINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINORELBINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINORELBINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINORELBINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINORELBINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINORELBINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINORELBINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINORELBINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINORELBINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINORELBINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	**VINORELBINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
206.	**VINORELBINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	**VINORELBINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	**VINORELBINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	**VINORELBINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	**VINORELBINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	**VINORELBINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	**VINORELBINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	**VINORELBINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	**VINORELBINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	**VINORELBINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	**VINORELBINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	**VINORELBINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	**VINORELBINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	**VINORELBINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	**VINORELBINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	**VINORELBINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	**VINORELBINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	**VINORELBINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	**VINORELBINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	**VINORELBINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	**VINORELBINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	**VINORELBINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	**VINORELBINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	**VINORELBINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	**VINORELBINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	**VINORELBINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	**VINORELBINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	**VINORELBINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	**VINORELBINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	**VINORELBINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
236.	**VINORELBINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	**VINORELBINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	**VINORELBINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	**VINORELBINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	**VINORELBINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	**VINORELBINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	**VINORELBINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	**VINORELBINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	**VINORELBINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	**VINORELBINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	**VINORELBINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	**VINORELBINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	**VINORELBINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	**VINORELBINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	**VINORELBINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	**VINORELBINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	**VINORELBINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	**VINORELBINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	**VINORELBINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	**VINORELBINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	**VINORELBINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	**VINORELBINUM**	C54.3	DNO MACICY
258.	**VINORELBINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	**VINORELBINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	**VINORELBINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	**VINORELBINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	**VINORELBINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
263.	**VINORELBINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	**VINORELBINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	**VINORELBINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	**VINORELBINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
267.	**VINORELBINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	**VINORELBINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	**VINORELBINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	**VINORELBINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	**VINORELBINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	**VINORELBINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	**VINORELBINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	**VINORELBINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	**VINORELBINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	**VINORELBINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	**VINORELBINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
278.	**VINORELBINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	**VINORELBINUM**	C63.2	MOSZNA
280.	**VINORELBINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	**VINORELBINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	**VINORELBINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINORELBINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	**VINORELBINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	**VINORELBINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	**VINORELBINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	**VINORELBINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	**VINORELBINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	**VINORELBINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
290.	**VINORELBINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	**VINORELBINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	**VINORELBINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	**VINORELBINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	**VINORELBINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
295.	**VINORELBINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	**VINORELBINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	**VINORELBINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	**VINORELBINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	**VINORELBINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	**VINORELBINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	**VINORELBINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	**VINORELBINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	**VINORELBINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
304.	**VINORELBINUM**	C69.1	ROGÓWKA
305.	**VINORELBINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
306.	**VINORELBINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	**VINORELBINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	**VINORELBINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	**VINORELBINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
310.	**VINORELBINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	**VINORELBINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	**VINORELBINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	**VINORELBINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	**VINORELBINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	**VINORELBINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	**VINORELBINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
317.	**VINORELBINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	**VINORELBINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	**VINORELBINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	**VINORELBINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	**VINORELBINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	**VINORELBINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	**VINORELBINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
324.	**VINORELBINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	**VINORELBINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	**VINORELBINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	**VINORELBINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	**VINORELBINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	**VINORELBINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	**VINORELBINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	**VINORELBINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	**VINORELBINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	**VINORELBINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	**VINORELBINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	**VINORELBINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	**VINORELBINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	**VINORELBINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	**VINORELBINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	**VINORELBINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	**VINORELBINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	**VINORELBINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	**VINORELBINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**VINORELBINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	**VINORELBINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	**VINORELBINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
346.	**VINORELBINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	**VINORELBINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
348.	**VINORELBINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	**VINORELBINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	**VINORELBINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	**VINORELBINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	**VINORELBINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
353.	**VINORELBINUM**	C76.2	BRZUCH
354.	**VINORELBINUM**	C76.3	MIEDNICA
355.	**VINORELBINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	**VINORELBINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	**VINORELBINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	**VINORELBINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	**VINORELBINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	**VINORELBINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	**VINORELBINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
362.	**VINORELBINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	**VINORELBINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	**VINORELBINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	**VINORELBINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	**VINORELBINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	**VINORELBINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	**VINORELBINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
369.	**VINORELBINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	**VINORELBINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	**VINORELBINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	**VINORELBINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	**VINORELBINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	**VINORELBINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	**VINORELBINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	**VINORELBINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	**VINORELBINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	**VINORELBINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	**VINORELBINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	**VINORELBINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	**VINORELBINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	**VINORELBINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	**VINORELBINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	**VINORELBINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	**VINORELBINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	**VINORELBINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	**VINORELBINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	**VINORELBINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	**VINORELBINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	**VINORELBINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	**VINORELBINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	**VINORELBINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	**VINORELBINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	**VINORELBINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	**VINORELBINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	**VINORELBINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	**VINORELBINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	**VINORELBINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	**VINORELBINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	**VINORELBINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	**VINORELBINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	**VINORELBINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	**VINORELBINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	**VINORELBINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	**VINORELBINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	**VINORELBINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	**VINORELBINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	**VINORELBINUM**	D01.2	ODBYTNICA
409.	**VINORELBINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	**VINORELBINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	**VINORELBINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
412.	**VINORELBINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	**VINORELBINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	**VINORELBINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	**VINORELBINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	**VINORELBINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	**VINORELBINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	**VINORELBINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	**VINORELBINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	**VINORELBINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	**VINORELBINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	**VINORELBINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	**VINORELBINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	**VINORELBINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	**VINORELBINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	**VINORELBINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	**VINORELBINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	**VINORELBINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	**VINORELBINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	**VINORELBINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	**VINORELBINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	**VINORELBINUM**	D07.1	SROM
433.	**VINORELBINUM**	D07.2	POCHWA
434.	**VINORELBINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	**VINORELBINUM**	D07.4	PRĄCIE
436.	**VINORELBINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	**VINORELBINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	**VINORELBINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	**VINORELBINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
440.	**VINORELBINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	**VINORELBINUM**	D09.2	OKO
442.	**VINORELBINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	**VINORELBINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	**VINORELBINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	**VINORELBINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	**VINORELBINUM**	D10.0	WARGA
447.	**VINORELBINUM**	D10.1	JĘZYK
448.	**VINORELBINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	**VINORELBINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	**VINORELBINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
451.	**VINORELBINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	**VINORELBINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	**VINORELBINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	**VINORELBINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	**VINORELBINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	**VINORELBINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	**VINORELBINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	**VINORELBINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	**VINORELBINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	**VINORELBINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	**VINORELBINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	**VINORELBINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	**VINORELBINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	**VINORELBINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	**VINORELBINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	**VINORELBINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	**VINORELBINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	**VINORELBINUM**	D12.8	ODBYTNICA
469.	**VINORELBINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	**VINORELBINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	**VINORELBINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	**VINORELBINUM**	D14.1	KRTAŃ
483.	**VINORELBINUM**	D14.2	TCHAWICA
484.	**VINORELBINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	**VINORELBINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	**VINORELBINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	**VINORELBINUM**	D15.0	GRASICA
488.	**VINORELBINUM**	D15.1	SERCE
489.	**VINORELBINUM**	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	**VINORELBINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	**VINORELBINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	**VINORELBINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	**VINORELBINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	**VINORELBINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	**VINORELBINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	**VINORELBINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	**VINORELBINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	**VINORELBINUM**	D16.5	ŻUCHWA
499.	**VINORELBINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	**VINORELBINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	**VINORELBINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	**VINORELBINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	**VINORELBINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	**VINORELBINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	**VINORELBINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	**VINORELBINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	**VINORELBINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	**VINORELBINUM**	D20.1	OTRZEWNA
509.	**VINORELBINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	**VINORELBINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	**VINORELBINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINORELBINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINORELBINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	**VINORELBINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	**VINORELBINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	**VINORELBINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	**VINORELBINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	**VINORELBINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	**VINORELBINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	**VINORELBINUM**	D28.0	SROM
521.	**VINORELBINUM**	D28.1	POCHWA
522.	**VINORELBINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	**VINORELBINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	**VINORELBINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	**VINORELBINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	**VINORELBINUM**	D29.0	PRĄCIE
527.	**VINORELBINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	**VINORELBINUM**	D29.2	JĄDRO
529.	**VINORELBINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
530.	**VINORELBINUM**	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	**VINORELBINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	**VINORELBINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	**VINORELBINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	**VINORELBINUM**	D30.0	NERKA
535.	**VINORELBINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	**VINORELBINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
537.	**VINORELBINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	**VINORELBINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	**VINORELBINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	**VINORELBINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	**VINORELBINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	**VINORELBINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
543.	**VINORELBINUM**	D31.1	ROGÓWKA
544.	**VINORELBINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
545.	**VINORELBINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	**VINORELBINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	**VINORELBINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	**VINORELBINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	**VINORELBINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	**VINORELBINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	**VINORELBINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	**VINORELBINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	**VINORELBINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	**VINORELBINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	**VINORELBINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	**VINORELBINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	**VINORELBINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINORELBINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	**VINORELBINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	**VINORELBINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	**VINORELBINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	**VINORELBINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	**VINORELBINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	**VINORELBINUM**	D35.0	NADNERCZA
565.	**VINORELBINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	**VINORELBINUM**	D35.2	PRZYSADKA
567.	**VINORELBINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	**VINORELBINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
571.	**VINORELBINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	**VINORELBINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	**VINORELBINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	**VINORELBINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	**VINORELBINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	**VINORELBINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	**VINORELBINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	**VINORELBINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	**VINORELBINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	**VINORELBINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	**VINORELBINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	**VINORELBINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	**VINORELBINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	**VINORELBINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	**VINORELBINUM**	D37.5	ODBYTNICA
586.	**VINORELBINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	**VINORELBINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	**VINORELBINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	**VINORELBINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**VINORELBINUM**	D38.0	KRTAŃ
591.	**VINORELBINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	**VINORELBINUM**	D38.2	OPŁUCNA
593.	**VINORELBINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
594.	**VINORELBINUM**	D38.4	GRASICA
595.	**VINORELBINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	**VINORELBINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	**VINORELBINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	**VINORELBINUM**	D39.0	MACICA
599.	**VINORELBINUM**	D39.1	JAJNIK
600.	**VINORELBINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	**VINORELBINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	**VINORELBINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	**VINORELBINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	**VINORELBINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	**VINORELBINUM**	D40.1	JĄDRO
606.	**VINORELBINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	**VINORELBINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINORELBINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	**VINORELBINUM**	D41.0	NERKA
610.	**VINORELBINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	**VINORELBINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
612.	**VINORELBINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	**VINORELBINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**VINORELBINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	**VINORELBINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	**VINORELBINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	**VINORELBINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	**VINORELBINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	**VINORELBINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	**VINORELBINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	**VINORELBINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	**VINORELBINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	**VINORELBINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	**VINORELBINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	**VINORELBINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	**VINORELBINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	**VINORELBINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	**VINORELBINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	**VINORELBINUM**	D44.0	TARCZYCA
630.	**VINORELBINUM**	D44.1	NADNERCZA
631.	**VINORELBINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	**VINORELBINUM**	D44.3	PRZYSADKA
633.	**VINORELBINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	**VINORELBINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	**VINORELBINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	**VINORELBINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	**VINORELBINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH , NIEOKREŚLONE
642.	**VINORELBINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	**VINORELBINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	**VINORELBINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	**VINORELBINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	**VINORELBINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	**VINORELBINUM**	D48.4	OTRZEWNA
648.	**VINORELBINUM**	D48.5	SKÓRA
649.	**VINORELBINUM**	D48.6	SUTEK
650.	**VINORELBINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	**VINORELBINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	**VINORELBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	**VINORELBINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE SLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOSCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOSCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODOŁ *u dzieci do 18 roku życia*
100.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
107.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	**TEMOZOLOMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.*

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ARSENICUM TRIOXIDUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA *w przypadku:* *indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek* $\leq 10x10^3 / \mu l$*), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym*

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,* *b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.*

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ACIDUM ZOLEDRONICUM**	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI *uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie*

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
2	**AZACITIDINUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
3	**AZACITIDINUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
4	**AZACITIDINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
5	**AZACITIDINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
6	**AZACITIDINUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
7	**AZACITIDINUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
8	**AZACITIDINUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*
9	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	**AZACITIDINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA *(CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**AZACITIDINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *(AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.*

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIBUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

Załącznik C.70.d.

IMATINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117.W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu ≥ 50% wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR-α bez mutacji PDGFR-αD842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.

Imatynib u dzieci stosowany jest według schematu:

a) dzieci o powierzchni ciała do 1m2: 340 mg/m2, dawka dobowa jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,
b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m2 dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**IMATINIB**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
2.	**IMATINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IMATINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IMATINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IMATINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IMATINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IMATINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**IMATINIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**IMATINIB**	C16.0	WPUST
10.	**IMATINIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**IMATINIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**IMATINIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	**IMATINIB**	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	**IMATINIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**IMATINIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	**IMATINIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**IMATINIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**IMATINIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**IMATINIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**IMATINIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**IMATINIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**IMATINIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**IMATINIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**IMATINIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**IMATINIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**IMATINIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**IMATINIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**IMATINIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**IMATINIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**IMATINIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**IMATINIB**	C18.7	ESICA
32.	**IMATINIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**IMATINIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**IMATINIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**IMATINIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
36.	**IMATINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	**IMATINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**IMATINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	**IMATINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
lub
2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
   a) mniej niż 2,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
   lub
   b) mniej niż 4,0 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PLERIXAFORUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	**PLERIXAFORUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	**PLERIXAFORUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	**PLERIXAFORUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	**PLERIXAFORUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	**PLERIXAFORUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**PLERIXAFORUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	**PLERIXAFORUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	**PLERIXAFORUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	**PLERIXAFORUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	**PLERIXAFORUM**	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	**PLERIXAFORUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	**PLERIXAFORUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	**PLERIXAFORUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	**PLERIXAFORUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	**PLERIXAFORUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	**PLERIXAFORUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	**PLERIXAFORUM**	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	**PLERIXAFORUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	**PLERIXAFORUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	**PLERIXAFORUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	**PLERIXAFORUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	**PLERIXAFORUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	**PLERIXAFORUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	**PLERIXAFORUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	**PLERIXAFORUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	**PLERIXAFORUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	**PLERIXAFORUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	**PLERIXAFORUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	**PLERIXAFORUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	**PLERIXAFORUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	**PLERIXAFORUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	**PLERIXAFORUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	**PLERIXAFORUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	**PLERIXAFORUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	**PLERIXAFORUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	**PLERIXAFORUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
2.	**ANAGRELIDUM**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	**ANAGRELIDUM**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NELARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	**BORTEZOMIBUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	**BORTEZOMIBUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *w przypadku:* – *kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
3	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU *w przypadku:* – *pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka* – *młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępny w ośrodku* – *kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*
4	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA *w przypadku:* – *pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka* – *kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	**PEGINTERERONUM ALFA-2A**	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEFITYNIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERLOTINIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),* *f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznanym zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem lub w monoterapii:

- *stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1cm,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z olaparybem:

- *stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

2. w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatyną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem:

- *niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0- 2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:

– *niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,*
– *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMAB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	**BEVACIZUMAB**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	**BEVACIZUMAB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	**BEVACIZUMAB**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	**BEVACIZUMAB**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	**BEVACIZUMAB**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetrwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	**BEVACIZUMABUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	**BEVACIZUMABUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMAB

Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę lub triflurydynę z typiracylem u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**BEVACIZUMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	**BEVACIZUMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BEVACIZUMABUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	**DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM**	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT),* *albo* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,* *albo* *monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia*

Załącznik C.84.b.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
2.	**LENALIDOMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
3.	**LENALIDOMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
4.	**LENALIDOMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
5.	**LENALIDOMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
7.	**LENALIDOMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*
8.	**LENALIDOMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe*

Załącznik C.84.c.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

Załącznik C.84.d.

LENALIDOMIDUM

Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LENALIDOMIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych*
5.	**LENALIDOMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej* *albo* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

Załącznik C.85.

ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *w przypadku:* – *pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane* – *młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego* – *kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego*

Załącznik C.86.a.

TRASTUZUMABUM I.V.

1. W monoterapii
albo
2. w skojarzeniu z:
a) chemioterapią,
lub
b) hormonoterapią,
lub
c) pertuzumabem.

Dla wszystkich wskazań:
- *potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,*
- *dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.*

Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.

Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
3.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

TRASTUZUMABUM I.V.

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- *potwierdzenie histologiczne gruczołowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,*
- *nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *zaawansowanie w stadium uogólnienia z wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z ChPL lub wytycznymi PTOK.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.0	WPUST
2.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
3.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
4.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
5.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.4	ODŹWIERNIK
6.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
7.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	**TRASTUZUMABUM I.V.**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.c.

TRASTUZUMAB I.V.

W skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną:

- *potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,*
- *nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- *stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,*
- *stopień sprawności 0-2 według ECOG.*

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynoszącą 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.3	DNO MACICY
5.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	**TRASTUZUMAB I.V.**	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTAN ABIRATERONU**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona ≥8, obecność ≥ 3 przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.* *albo* *leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel.* *Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).*

Załącznik C.87.b.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTAN ABIRATERONU**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprywacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.),* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej przez maksymalnie 2 lata, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej, u których zdiagnozowano:* *a) obecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/+/),* *lub* *b) nieobecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/-/) i przynajmniej 2 z 3 czynników: cecha T3-4, wskaźnik Gleasona 8-10, stężenie PSA równe lub większe niż 40 ng/ml.* *Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).*

Załącznik C.88.a.

SUNITINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.

Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:

a) *dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
b) *dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SUNITINIB**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
2.	**SUNITINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SUNITINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SUNITINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SUNITINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SUNITINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SUNITINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SUNITINIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**SUNITINIB**	C16.0	WPUST
10.	**SUNITINIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**SUNITINIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**SUNITINIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	**SUNITINIB**	C16.4	ODŹWIERNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
14.	**SUNITINIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**SUNITINIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	**SUNITINIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**SUNITINIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**SUNITINIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**SUNITINIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**SUNITINIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**SUNITINIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**SUNITINIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**SUNITINIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**SUNITINIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**SUNITINIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**SUNITINIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**SUNITINIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**SUNITINIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**SUNITINIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**SUNITINIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**SUNITINIB**	C18.7	ESICA
32.	**SUNITINIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**SUNITINIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**SUNITINIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**SUNITINIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	**SUNITINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
37.	**SUNITINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**SUNITINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	**SUNITINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

SUNITINIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.

Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SUNITINIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	**SUNITINIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	**SUNITINIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	**SUNITINIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	**SUNITINIB**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	**SUNITINIB**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	**SUNITINIB**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	**SUNITINIB**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	**SUNITINIB**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	**SUNITINIB**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	**SUNITINIB**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	**SUNITINIB**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	**SUNITINIB**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sunitynibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sunitynib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SUNITINIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.88.d.

SUNITINIB

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii* sunitinibem.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SUNITINIB**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

Załącznik C.89.a.

SORAFENIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.

Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
2.	**SORAFENIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SORAFENIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SORAFENIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SORAFENIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SORAFENIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SORAFENIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SORAFENIB**	C15.9	PRZEŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	**SORAFENIB**	C16.0	WPUST
10.	**SORAFENIB**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	**SORAFENIB**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	**SORAFENIB**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	**SORAFENIB**	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	**SORAFENIB**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	**SORAFENIB**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**SORAFENIB**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	**SORAFENIB**	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	**SORAFENIB**	C17.0	DWUNASTNICA
19.	**SORAFENIB**	C17.1	JELITO CZCZE
20.	**SORAFENIB**	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	**SORAFENIB**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
22.	**SORAFENIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	**SORAFENIB**	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	**SORAFENIB**	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	**SORAFENIB**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	**SORAFENIB**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	**SORAFENIB**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	**SORAFENIB**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	**SORAFENIB**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	**SORAFENIB**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	**SORAFENIB**	C18.7	ESICA
32.	**SORAFENIB**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	**SORAFENIB**	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	**SORAFENIB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	**SORAFENIB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	**SORAFENIB**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	**SORAFENIB**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	**SORAFENIB**	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
39.	**SORAFENIB**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.89.b.

SORAFENIB

Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

SORAFENIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanib),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.89.d.

SORAFENIB

1) *brodawkowaty, pęcherzykowy lub onkocytarny rak tarczycy;*

2) *nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;*

3) *progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY

Załącznik C.91.a.

EVEROLIMUS

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,*
- *2 albo3 linia leczenia,*
- *może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**EVEROLIMUS**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

EVEROLIMUS

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**EVEROLIMUS**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

Załącznik C.91.c.

EVEROLIMUS

W leczeniu dzieci, młodzieży i dorosłych chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA, ang. subependymal giant cell astrocytoma).

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**EVEROLIMUS**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE

Załącznik C.92.a.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej* *w przypadku:* *niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.*

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryzę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej* *w przypadku:* *oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,* *lub* *gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,* *lub* *gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),* *lub* *gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).*

Załącznik C.92.c.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *leczenie dzieci i młodzieży do lat 18 z przewlekłą białaczką szpikową z chromosomem Filadelfia (Ph+) w fazie przewlekłej* *w przypadku:* *nowo rozpoznanej przewlekłej białaczki szpikowej* *lub* *oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem*
2.	**DASATINIB**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *leczenie w skojarzeniu z chemioterapią dzieci i młodzieży do lat 18 z nowo rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+)*

Załącznik C.93.

TRABECTEDIN

1) W leczeniu pacjentów chorych na nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma), po niepowodzeniu leczenia antracykliną i ifosfamidem albo z udokumentowanymi przeciwskazaniami do zastosowania tych leków.

2) W leczeniu pacjentek z nawrotowym platynowrażliwym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, u których jest przeciwskazane zastosowanie schematu zawierającego związek platyny, w skojarzeniu z pegylowaną liposomalną doksorubicyną (PLD).

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TRABECTEDIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	**TRABECTEDIN**	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
3.	**TRABECTEDIN**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
4.	**TRABECTEDIN**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Załącznik C.94.

PANITUMUMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

a) *w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*

b) *w skojarzeniu z chemioterapią drugiej linii FOLFIRI, w przypadku progresji po wcześniejszej chemioterapii niezawierającej irynotekanu, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*

c) *w monoterapii, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).*

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania panitumumabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

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

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PANITUMUMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**PANITUMUMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**PANITUMUMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.a.

CETUXIMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);

b) w monoterapii albo w skojarzeniu z irynotekanem, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania cetuksymabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

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

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m^2 powierzchni ciała w 1-godzinnym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CETUXIMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**CETUXIMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**CETUXIMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.b.

CETUXIMAB

1. *płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie:*

   — *stopień III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach).*

Leczenie trwa do czasu zakończenia planowanej radioterapii lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie - w tym związanych z przerwaniem napromieniania lub przerwą w napromienianiu przekraczającą 2 tygodnie.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m^2 powierzchni ciała w 1-godzinnym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinnym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

2. *płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny w zaawansowanej chorobie:*

   — *nawrót lub przerzuty odległe przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania),*

   — *wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem),*

   — *brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU.*

Schemat EXTREME – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 250 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 7-dniowych lub 500 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Schemat TPEx – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 500 mg/m^2 powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Po zakończeniu podawania chemioterapii (wg schematów EXTREME, TPEx) leczenie podtrzymujące cetuksymabem trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CETUXIMAB**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
2.	**CETUXIMAB**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
3.	**CETUXIMAB**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
4.	**CETUXIMAB**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
5.	**CETUXIMAB**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
6.	**CETUXIMAB**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
7.	**CETUXIMAB**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
8.	**CETUXIMAB**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
9.	**CETUXIMAB**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10.	**CETUXIMAB**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
11.	**CETUXIMAB**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
12.	**CETUXIMAB**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
13.	**CETUXIMAB**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*
14.	**CETUXIMAB**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI *w przypadku skojarzeniu z radioterapią* lub *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny*

Załącznik C.95.c.

CETUXIMAB

Płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią (z zastosowaniem paklitakselu lub docetakselu) lub w monoterapii w chorobie nawrotowej lub przerzutowej:

— *niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem chemioterapii opartej o związki platyny oraz inhibitory PD-1 podawane jako leczenie skojarzone (pembrolizumab) lub sekwencyjne (niwolumab),*

— *wykluczenie uprzedniego stosowania leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią).*

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m^2 – dawka nasycająca 1, kolejne dawki 250 mg/m^2 co 7 dni lub 500 mg/m^2 co 14 dni.

Czas trwania terapii: cetuksymab - do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności związanej z leczeniem.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CETUXIMAB**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
2.	**CETUXIMAB**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
3.	**CETUXIMAB**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
4.	**CETUXIMAB**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
5.	**CETUXIMAB**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
6.	**CETUXIMAB**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	**CETUXIMAB**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
8.	**CETUXIMAB**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
9.	**CETUXIMAB**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
10.	**CETUXIMAB**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
11.	**CETUXIMAB**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
12.	**CETUXIMAB**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
13.	**CETUXIMAB**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*
14.	**CETUXIMAB**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI *w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii*

Załącznik C.96.

LAPATINIB

Lek stosowany w skojarzeniu z kapecytabiną lub trastuzumabem i.v. lub hormonoterapią, u chorych na przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi w drugiej lub kolejnej linii leczenia, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**LAPATINIB**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	**LAPATINIB**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI
3.	**LAPATINIB**	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	**LAPATINIB**	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	**LAPATINIB**	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	**LAPATINIB**	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	**LAPATINIB**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	**LAPATINIB**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	**LAPATINIB**	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.97.

CABAZITAXEL

W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem jest wskazany do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej docetakselem.

Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CABAZITAXEL**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.98.

RADIUM (223RA) DICHLORIDE

W leczeniu pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania.

Potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności przynajmniej 6 przerzutów w kościach (w szczególnych przypadkach włączenie leczenia może dotyczyć chorych z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania po ocenie stanu układu kostnego (scyntygrafia i pomiar gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań).

Nieobecność przerzutów w narządach wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów w węzłach chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie, jednak nie dłużej niż 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RADIUM (223RA) DICHLORIDE**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.99.

AKSITINIB

Leczenie zaawansowanego stadium nowotworu nerkowokomórkowego, z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych, u dorosłych pacjentów po udokumentowanym niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**AKSITINIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.100.

TEMSIROLIMUS

Leczenie pierwszego rzutu nowotworu nerkowokomórkowego w stadium zaawansowanym u dorosłych pacjentów.

Kwalifikacja do leczenia pacjentów o sprawności w skali Karnofsky'ego 60-100.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TEMSIROLIMUS**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.101.a.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**POMALIDOMID**	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid* *albo* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu oraz w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby**

**dotyczy także leczenia skojarzonego z dodatkową składową refundowaną w ramach programu lekowego B.54. „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego (ICD-10: C90.0)" ze schematem Pd*

Załącznik C.101.b.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**POMALIDOMID**	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z cyklofosfamidem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid* *albo* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid*

Załącznik C.102.

BOSUTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**BOSUTINIB**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+)* *w przypadku:* – *leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score);* – *leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej, którzy byli wcześniej leczeni jednym lub wieloma inhibitorami kinazy tyrozynowej i w przypadku których imatynib, nilotynib i dazatynib nie są właściwymi produktami leczniczymi – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).*

Załącznik C.103.

NILOTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NILOTINIB**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA *z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+)* *w przypadku:* – *leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score);* – *leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji, w przypadku oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).*

Załącznik C.104.a.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w monoterapii przerzutowego raka piersi u dorosłych pacjentów, u których leczenie pierwszego rzutu choroby przerzutowej okazało się nieskuteczne, i u których nie można zastosować standardowej terapii z antracyklinami.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.104.b.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w skojarzeniu z karboplatyną pierwszego rzutu niedrobnokomórkowego raka płuc u dorosłych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do radykalnego zabiegu chirurgicznego lub radioterapii.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *w skojarzeniu z karboplatyną*

Załącznik C.104.c.

NAB-PACLITAXEL I.V.

— *ukończony 18. rok życia,*
— *przerzutowy gruczolakorak trzustki w stadium uogólnienia,*
— *brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX,*
— *wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o założeniu paliatywnym.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI w skojarzeniu z *gemcytabiną*
2.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.1	TRZON TRZUSTKI w skojarzeniu z *gemcytabiną*
3.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.2	OGON TRZUSTKI w skojarzeniu z *gemcytabiną*
4.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY w skojarzeniu z *gemcytabiną*
5.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI w skojarzeniu z *gemcytabiną*
6.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZUSTKI w skojarzeniu z *gemcytabiną*
7.	**NAB-PACLITAXEL I.V.**	C25.9	TRZUSTKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE w skojarzeniu z *gemcytabiną*

Załącznik C.105.a.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego u dorosłych pacjentów, po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan, leki anty-VEGF oraz anty-EGFR lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**REGORAFENIB**	C18.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**REGORAFENIB**	C19.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**REGORAFENIB**	C20.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.105.b.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jego zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**REGORAFENIB**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.106.

RAMUCIRUMAB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, u których stężenie alfa-fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi wynosi ≥ 400 ng/ml, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jej zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**RAMUCIRUMAB**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.107.a.

PAZOPANIB

- *ukończony 18. rok życia,*
- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia pazopanibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib, sunitynib) lub odwrotnie tj. innego leku na pazopanib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PAZOPANIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.107.b.

PAZOPANIB

Leczenie mięsaków tkanek miękkich ***z wyjątkiem następujących typów****: tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy), mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy, chrzęstniakomięsak, mięsak kościopochodny, mięsak Ewinga/PNET, GIST, włókniakomięsak guzowaty skóry, zapalny guz miofibroblastyczny (inflammatory myofibroblastic sarcoma), międzybłoniak, mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (mixed mesodermal tumor of the uterus).*

Leczenie obejmuje dorosłych pacjentów z progresją choroby w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**PAZOPANIB**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	**PAZOPANIB**	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH

Załącznik C.108.

ERYBULINA

Leczenie dorosłych pacjentów z rakiem piersi miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, z progresją choroby po zastosowaniu co najmniej jednego cyklu chemioterapii w leczeniu zaawansowanej postaci choroby, po uprzednim stosowaniu substancji z grupy antracyklin oraz taksanów w terapii adjuwantowej lub w leczeniu przerzutowej choroby nowotworowej, chyba że u pacjentów wystąpiły przeciwwskazania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERYBULINA**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.109.

DENOSUMAB

Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10 oraz:

- *w przebiegu nowotworu litego (potwierdzonego histologicznie lub cytologicznie) – uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) i nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów,*
- *w przebiegu szpiczaka plazmocytowego i nowotworów złośliwych z komórek plazmatycznych – obecność co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości oraz nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek.*

Monitorowanie stężenia wapnia oraz decyzje na temat odroczenia lub zakończenia stosowania denosumabu w związku z ryzykiem wystąpienia lub wystąpieniem martwicy kości szczęk należy podejmować zgodnie z zapisami aktualnie obowiązującej ChPL.

Leczenie denosumabem powinno być prowadzone do ustąpienia korzyści terapeutycznych lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DENOSUMAB**	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI
2.	**DENOSUMAB**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	**DENOSUMAB**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	**DENOSUMAB**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
5.	**DENOSUMAB**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	**DENOSUMAB**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	**DENOSUMAB**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	**DENOSUMAB**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	**DENOSUMAB**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	**DENOSUMAB**	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
11.	**DENOSUMAB**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
12.	**DENOSUMAB**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
13.	**DENOSUMAB**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	**DENOSUMAB**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
15.	**DENOSUMAB**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	**DENOSUMAB**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	**DENOSUMAB**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	**DENOSUMAB**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	**DENOSUMAB**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
20.	**DENOSUMAB**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
21.	**DENOSUMAB**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	**DENOSUMAB**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
23.	**DENOSUMAB**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
24.	**DENOSUMAB**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
25.	**DENOSUMAB**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
26.	**DENOSUMAB**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
27.	**DENOSUMAB**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
28.	**DENOSUMAB**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
29.	**DENOSUMAB**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI
30.	**DENOSUMAB**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
31.	**DENOSUMAB**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
32.	**DENOSUMAB**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
33.	**DENOSUMAB**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
34.	**DENOSUMAB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
35.	**DENOSUMAB**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	**DENOSUMAB**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
37.	**DENOSUMAB**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
38.	**DENOSUMAB**	C90	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Załącznik C.110.

AFLIBERCEPT

W drugiej linii leczenia dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym przerzutowym lub miejscowo zaawansowanym rakiem jelita grubego, w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI, po udokumentowanej nieskuteczności leczenia pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny.

Dopuszczalne jest zastosowanie immunoterapii z powodu RJG przed albo po chemioterapii pierwszej linii. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej irynotekanem lub aflibercept em.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**AFLIBERCEPT**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	**AFLIBERCEPT**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	**AFLIBERCEPT**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
15	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
19	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
20	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
21	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
22	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
29	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
30	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
31	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
33	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
34	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
36	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
37	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991560614
38	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991560621
39	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
40	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
41	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
42	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
43	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
44	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604
45	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
46	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
47	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
48	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
49	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
50	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
51	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
52	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
53	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
54	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
55	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
56	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
57	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
58	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
59	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
60	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
61	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990936557
62	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502
63	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897
64	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
65	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
66	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
67	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
68	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
69	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
70	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991466114

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250
72	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
73	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
74	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
75	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
76	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
77	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
78	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
79	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
80	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
81	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
82	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
83	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
84	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
85	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
86	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
87	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827
88	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
92	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
93	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
94	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
95	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
96	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
97	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
98	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
99	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
100	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
101	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
102	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
103	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
104	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
105	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
106	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
107	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
108	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
109	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
110	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
111	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
112	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
113	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
114	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
115	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
116	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
117	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
118	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
119	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
120	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
121	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
122	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
123	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
124	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
125	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
126	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
127	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
128	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
143	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
168	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
169	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
170	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
171	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
172	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
173	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
174	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
175	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337
176	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382
177	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
178	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
179	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
180	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
181	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
182	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
183	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
184	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
185	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
186	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
187	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
188	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
189	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
190	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
191	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
192	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
193	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
194	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
195	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
196	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
197	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
198	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
199	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
200	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
201	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
202	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
203	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215
204	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
205	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
206	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
207	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
208	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
209	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
210	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
211	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634
212	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658
213	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
214	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991263799
215	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991263805
216	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
217	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991263935
218	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
219	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
220	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
221	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
222	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
223	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
224	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762
225	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946
226	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
227	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
228	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
229	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
230	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
231	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
232	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
233	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
234	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
235	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
236	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
237	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
238	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
239	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984
240	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141
241	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158
242	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202
243	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127
244	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173
245	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241
246	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
247	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
248	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
249	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985
250	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
251	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
252	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938
253	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
254	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976
255	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
256	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
257	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
258	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
259	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815
260	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
261	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
262	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
263	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
264	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
265	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
266	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
267	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
268	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
269	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
270	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
271	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991321611
272	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710
273	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
274	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
275	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
276	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
277	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
278	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
279	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	08595566453541
292	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991444747
293	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792
294	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589
295	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853
296	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
297	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
298	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
299	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
300	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
301	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
302	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
303	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991562700
304	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991562717
305	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
306	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991562724
307	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
308	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
309	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
310	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
311	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
312	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
313	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
314	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
315	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
316	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
319	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
320	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
321	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
322	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676
323	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
324	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
325	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
326	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
327	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
328	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
329	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134
330	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
331	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
332	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
333	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
334	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436
335	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
336	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071
337	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
338	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
339	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
340	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
341	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
342	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
343	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
344	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
345	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
346	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
347	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
348	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
349	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
350	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
351	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
352	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810
353	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816
354	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
355	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
356	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738
357	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752
358	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030
359	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
360	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
361	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
362	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
363	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319
364	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
365	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990073573
366	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
367	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
368	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
369	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
370	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
371	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
372	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
373	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214
374	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417
375	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223
376	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampułek po 1 ml	05909990121625
377	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518
378	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
379	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
380	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
381	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
382	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
383	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769
384	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776
385	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
386	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
387	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
388	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
389	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
390	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
391	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
392	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
393	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
394	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
395	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
396	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
397	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
398	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
399	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
400	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
401	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
402	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
403	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
404	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
405	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807
406	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
407	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
408	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
409	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
410	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
411	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
412	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024
413	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
414	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
415	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483
416	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490
417	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641
418	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
419	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
420	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
421	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588
422	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
423	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333
424	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
425	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
426	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
427	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
428	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
429	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
430	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
431	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
432	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
433	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
434	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
435	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
436	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
437	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
438	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
439	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
440	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
441	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
442	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925
443	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
444	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
445	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
446	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
447	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
448	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
449	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
450	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
451	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
452	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
453	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
454	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
455	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
456	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
457	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
458	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971
459	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932
460	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963
461	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
462	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
463	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
464	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
465	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
466	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
467	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
468	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
469	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
470	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
471	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
472	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
473	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961
474	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029
475	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
476	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127
477	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226
478	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325
479	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
480	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
481	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
482	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
483	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
484	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
485	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
486	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
487	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
488	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
489	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
490	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
491	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
492	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
493	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
494	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
495	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
496	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
497	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
498	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
499	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
500	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
501	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
502	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
503	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
504	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
505	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364
506	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449
507	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289
508	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
509	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
510	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
511	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
512	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
513	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
514	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
515	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
516	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
517	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
518	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
519	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209
520	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230
521	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179
522	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
523	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
524	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
525	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
526	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
527	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
528	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
529	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
530	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
531	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
532	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
533	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
534	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
535	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
536	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
537	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
538	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
539	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
540	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
541	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
542	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
543	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
544	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
545	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
546	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
547	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
548	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
549	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
550	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909
551	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930
552	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862
553	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879
554	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886
555	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893
556	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
557	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
558	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
559	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
560	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428
561	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411
562	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527
563	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510
564	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927
565	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910
566	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
567	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
568	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
569	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
570	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
571	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
572	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
573	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
574	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145
575	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152
576	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183
577	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190
578	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831
579	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855
580	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
581	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
582	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
583	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
584	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331
585	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355
586	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
587	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991263386
588	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991263409
589	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416
590	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
591	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
592	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
593	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383
594	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946
595	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390
596	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953
597	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637
598	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108
599	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620
600	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115
601	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
602	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
603	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
604	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213
605	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312
606	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411
607	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575
608	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093
609	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077
610	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118
611	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435
612	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212
613	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203
614	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932
615	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949
616	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641
617	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
618	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
619	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
620	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
621	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
622	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
623	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
624	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725
625	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
626	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020
627	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515
628	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637
629	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618
630	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
631	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
632	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017
633	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116
634	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
635	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
636	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
637	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
638	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
639	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
640	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
641	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
642	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
643	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
644	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
645	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
646	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
647	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
648	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
649	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
650	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
651	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
652	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
653	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414
654	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216
655	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
656	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
657	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012
658	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613
659	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626
660	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
661	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546
662	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
663	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
664	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
665	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
666	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990081165
667	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532
668	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549
669	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727
670	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710
671	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
672	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
673	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819
674	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826
675	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419
676	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
677	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
678	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438
679	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520
680	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537
681	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544
682	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207
683	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
684	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
685	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
686	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
687	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
688	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
689	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
690	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
691	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
692	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
693	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
694	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715
695	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
696	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
697	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
698	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
699	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
700	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
701	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
702	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
703	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
704	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
705	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108
706	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838
707	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852
708	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
709	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654
710	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678
711	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
712	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
713	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
714	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
715	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
716	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
717	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
718	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
719	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533
720	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540
721	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358
722	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341
723	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
724	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
725	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
726	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
727	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
728	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
729	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991565367
730	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
731	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991565404
732	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
733	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
734	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991565398

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
735	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382
736	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436
737	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
738	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
739	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
740	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
741	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
742	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
743	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
744	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702
745	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120
746	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
747	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
748	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
749	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
750	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
751	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
752	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
753	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813
754	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
755	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
756	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
757	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015
758	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
759	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
760	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
761	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936
762	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943
763	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
764	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
765	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
766	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
767	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
768	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
769	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955
770	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049
771	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
772	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
773	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
774	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890
775	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255
776	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293
777	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
778	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
779	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
780	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
781	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
782	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
783	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
784	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
785	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
786	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
787	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
788	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
789	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
790	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
791	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
792	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
793	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
794	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
795	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
796	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
797	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
798	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
799	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
800	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
801	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
802	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
803	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
804	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497
805	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
806	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
807	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
808	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
809	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
810	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
811	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
812	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
813	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
814	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
815	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
816	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
817	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574
818	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581
819	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
820	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
821	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
822	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
823	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
824	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
825	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
826	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
827	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
828	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
829	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
830	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
831	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
832	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
833	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
834	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
835	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
836	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
837	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
838	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
839	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
840	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
841	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
842	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
843	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
844	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
845	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
846	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
847	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
848	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
849	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
850	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
851	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
852	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
853	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
854	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
855	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
856	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
857	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
858	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
859	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
860	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
861	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
862	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
863	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096
864	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010
865	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034
866	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058
867	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072
868	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
869	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
870	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
871	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
872	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
873	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
874	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
875	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
876	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
877	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
878	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
879	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280
880	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
881	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
882	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
883	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
884	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
885	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
886	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
887	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
888	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
889	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
890	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
891	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
892	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrodil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462
893	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
894	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
895	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702
896	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
897	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
898	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
899	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
900	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
901	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
902	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
903	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
904	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
905	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
906	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
907	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
908	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
909	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
910	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
911	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503
912	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
913	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541
914	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
915	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846
916	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860
917	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
918	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853
919	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
920	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
921	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
922	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
923	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
924	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
925	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
926	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
927	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
928	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
929	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
930	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
931	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
932	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
933	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
934	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
935	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
936	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
937	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
938	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
939	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
940	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
941	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
942	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
943	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
944	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
945	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
946	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
947	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
948	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
949	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
950	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
951	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
952	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
953	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
954	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
955	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
956	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
957	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
958	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
959	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
960	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
961	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
962	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
963	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
964	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
965	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
966	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
967	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621
968	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
969	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328
970	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311
971	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
972	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
973	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296
974	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612
975	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629
976	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
977	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
978	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839
979	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
980	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
981	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
982	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
983	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
984	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
985	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
986	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
987	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
988	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
989	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
990	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001
991	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025
992	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
993	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
994	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064
995	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
996	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060
997	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
998	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
999	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
1000	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1001	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1002	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1003	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1004	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1005	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1006	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557
1007	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595
1008	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632
1009	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1010	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1011	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1012	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1013	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1014	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1015	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1016	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1017	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1018	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1019	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1020	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1021	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1022	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1023	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1024	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1025	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1026	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1027	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1028	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1029	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1030	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1031	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1032	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1033	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1034	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1035	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1036	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1037	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1038	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981
1039	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1040	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1041	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1042	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1043	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1044	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1045	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1046	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1047	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1048	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
1049	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1050	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1051	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1052	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1053	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1054	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1055	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1056	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1057	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1058	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1059	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1060	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1061	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1062	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1063	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1064	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087
1065	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1066	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1067	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1068	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1069	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1070	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1071	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1072	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1073	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1074	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1075	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1076	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1077	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1078	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1079	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1080	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1081	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1082	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1083	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1084	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1085	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1086	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531
1087	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548
1088	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524
1089	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
1090	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
1091	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1092	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1093	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1094	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1095	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1096	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1097	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1098	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1099	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
1100	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
1101	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1102	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
1103	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1104	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1105	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1106	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1107	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1108	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1109	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1110	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1111	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
1112	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
1113	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
1114	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1115	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1116	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1117	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1118	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1119	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1120	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1121	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1122	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1123	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1124	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1125	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1126	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1127	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1128	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1129	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1130	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1131	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1132	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1133	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1134	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1135	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1136	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1137	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1138	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879
1139	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1140	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1141	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1142	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1143	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1144	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1145	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1146	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1147	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1148	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1149	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1150	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1151	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1152	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1153	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1154	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814
1155	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1156	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1157	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1158	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1159	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1160	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1161	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1162	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05055565743331
1163	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05055565743348
1164	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05055565743355
1165	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05055565743324
1166	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1167	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1168	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1169	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1170	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1171	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1172	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1173	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1174	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991384234
1175	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991384241
1176	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991384258
1177	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991384197
1178	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1179	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1180	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1181	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1182	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1183	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1184	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1185	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1186	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1187	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1188	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1189	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1190	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1191	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1192	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1193	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1194	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1195	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1196	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1197	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1198	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1199	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	30 poj.	04987084320674
1200	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	90 poj.	04987084324894
1201	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1202	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1203	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1204	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1205	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1206	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1207	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1208	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1209	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1210	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818
1211	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825
1212	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555
1213	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365
1214	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396
1215	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1216	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311
1217	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1218	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1219	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1220	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1221	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1222	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1223	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458
1224	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465
1225	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213
1226	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609
1227	Latanoprostum + Timololum	Xalofree Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 7,5 ml	05909991567125
1228	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1229	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1230	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990977826
1231	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1232	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1233	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990977925
1234	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1235	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1236	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1237	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1238	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1239	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1240	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1241	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1242	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1243	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1244	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1245	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1246	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1247	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1248	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1249	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
1250	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1251	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1252	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1253	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1254	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1255	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1256	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1257	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1258	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1259	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1260	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1261	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1262	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1263	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1264	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1265	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1266	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1267	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1268	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1269	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1270	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1271	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1272	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1273	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1274	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1275	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1276	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1277	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1278	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1279	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
1280	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1281	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1282	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1283	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1284	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1285	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1286	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1287	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1288	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1289	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1290	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1291	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1292	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1293	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1294	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1295	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1296	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1297	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1298	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1299	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1300	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1301	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1302	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1303	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1304	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1305	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1306	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1307	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1308	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1309	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1310	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1311	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1312	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1313	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1314	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1315	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1316	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1317	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1318	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1319	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1320	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1321	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1322	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1323	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1324	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1325	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1326	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1327	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1328	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1329	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1330	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1331	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1332	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1333	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1334	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1335	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1336	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1337	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1338	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1339	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1340	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1341	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1342	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1343	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1344	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122
1345	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023
1346	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927
1347	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1348	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1349	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1350	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1351	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1352	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1353	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1354	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1355	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1356	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1357	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1358	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1359	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1360	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1361	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990638659
1362	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990818914
1363	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990649112

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1364	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909990649129
1365	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1366	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1367	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1368	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1369	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1370	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1371	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768
1372	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991560775
1373	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991560782
1374	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1375	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1376	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1377	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05901720141217
1378	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05901720141224
1379	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05901720141231
1380	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	09008732018684
1381	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	09008732018707
1382	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	09008732018721
1383	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431
1384	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991576448
1385	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991576455
1386	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908
1387	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05903060631915
1388	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05903060631922
1389	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1390	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1391	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1392	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1393	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1394	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1395	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
1396	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
1397	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1398	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1399	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1400	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1401	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1402	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1403	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1404	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1405	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813
1406	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1407	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1408	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1409	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1410	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1411	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1412	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1413	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1414	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1415	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1416	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430
1417	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1418	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1419	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1420	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1421	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1422	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1423	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1424	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1425	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1426	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1427	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1428	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1429	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1430	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1431	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1432	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1433	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1434	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1435	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1436	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1437	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1438	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1439	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1440	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1441	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1442	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1443	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1444	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1445	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1446	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1447	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1448	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1449	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1450	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1451	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1452	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1453	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751
1454	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768
1455	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1456	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1457	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1458	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1459	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1460	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1461	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1462	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1463	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1464	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1465	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1466	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1467	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1468	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1469	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1470	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1471	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1472	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1473	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1474	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1475	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1476	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1477	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1478	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	08595566456283
1479	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	08595566456214
1480	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	08595566456245
1481	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	08595566456252
1482	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	08595566455996
1483	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	08595566456023
1484	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	08595566456177
1485	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	08595566456139
1486	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	08595566456146
1487	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1488	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1489	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1490	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1491	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1492	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1493	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1494	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1495	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1496	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1497	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1498	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1499	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1500	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1501	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1502	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1503	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
1504	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1505	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
1506	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1507	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1508	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1509	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1510	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1511	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1512	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
1513	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1514	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1515	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1516	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1517	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1518	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1519	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1520	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1521	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1522	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1523	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1524	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1525	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1526	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1527	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1528	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1529	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1530	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1531	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1532	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1533	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1534	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1535	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1536	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1537	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1538	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1539	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1540	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1541	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1542	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1543	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323
1544	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378
1545	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453
1546	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1547	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1548	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1549	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1550	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1551	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1552	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1553	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1554	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1555	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1556	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1557	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1558	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1559	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1560	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1561	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1562	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1563	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1564	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1565	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1566	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1567	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1568	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1569	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1570	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1571	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1572	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1573	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1574	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1575	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1576	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1577	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068
1578	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051
1579	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1580	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082
1581	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129
1582	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112
1583	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1584	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143
1585	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1586	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174
1587	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242
1588	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235
1589	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1590	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297
1591	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1592	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020
1593	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909991495817
1594	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 27 mg	30 szt.	05909991495831
1595	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909991495879
1596	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 45 mg	30 szt.	05909991531140
1597	Methylphenidati hydrochloridum	Atenza, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 54 mg	30 szt.	05909991495886
1598	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1599	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1600	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1601	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1602	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1603	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1604	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1605	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1606	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1607	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1608	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1609	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
1610	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
1611	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1612	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1613	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1614	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1615	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1616	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1617	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1618	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1619	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1620	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1621	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1622	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1623	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1624	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1625	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1626	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1627	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1628	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1629	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1630	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1631	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1632	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1633	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568
1634	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1635	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1636	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2 ml	4 strzykawki doustne	05909991500269
1637	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500207
1638	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 strzykawki doustne	05909991500221
1639	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500245
1640	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1641	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210
1642	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227
1643	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366
1644	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1645	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1646	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1647	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1648	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1649	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1650	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1651	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1652	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688
1653	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1654	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990670758
1655	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1656	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1657	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1658	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1659	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1660	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1661	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1662	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1663	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1664	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1665	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1666	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1667	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1668	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1669	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1670	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1671	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1672	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1673	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1674	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1675	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1676	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1677	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1678	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1679	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1680	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1681	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1682	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1683	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1684	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1685	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1686	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1687	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1688	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1689	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1690	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1691	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1692	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1693	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1694	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1695	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1696	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1697	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1698	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1699	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1700	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1701	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1702	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990715268
1703	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1704	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1705	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1706	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1707	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1708	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1709	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1710	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1711	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1712	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1713	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1714	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
1715	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1716	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1717	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1718	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1719	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1720	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1721	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1722	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1723	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1724	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1725	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1726	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1727	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1728	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1729	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1730	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1731	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1732	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1733	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1734	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1735	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315
1736	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912
1737	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1738	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1739	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1740	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1741	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1742	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1743	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1744	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1745	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1746	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1747	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1748	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1749	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1750	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1751	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076
1752	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1753	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1754	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1755	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1756	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1757	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1758	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1759	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1760	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1761	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1762	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1763	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1764	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1765	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1766	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1767	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1768	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1769	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1770	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776
1771	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018
1772	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117
1773	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094
1774	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1775	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1776	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1777	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1778	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1779	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1780	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1781	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1782	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1783	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1784	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1785	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1786	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1787	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539
1788	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
1789	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1790	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1791	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1792	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1793	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1794	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1795	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1796	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1797	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1798	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1799	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1800	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1801	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991530945
1802	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991530969
1803	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1804	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1805	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1806	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1807	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1808	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1809	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1810	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1811	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1812	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1813	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1814	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1815	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1816	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1817	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1818	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1819	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1820	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1821	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1822	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1823	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1824	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1825	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
1826	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1827	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1828	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1829	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1830	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1831	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1832	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1833	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1834	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1835	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1836	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1837	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1838	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1839	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1840	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1841	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1842	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1843	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1844	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1845	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1846	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1847	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1848	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1849	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1850	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1851	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1852	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1853	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1854	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1855	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1856	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1857	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1858	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1859	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1860	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1861	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1862	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
1863	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1864	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1865	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1866	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1867	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1868	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1869	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1870	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1871	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1872	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
1873	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
1874	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
1875	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
1876	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1877	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1878	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1879	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1880	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1881	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1882	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1883	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612
1884	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1885	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1886	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1887	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
1888	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1889	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1890	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1891	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1892	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1893	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1894	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1895	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1896	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1897	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1898	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1899	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
1900	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1901	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1902	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1903	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
1904	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1905	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1906	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1907	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1908	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
1909	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1910	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1911	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1912	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1913	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1914	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1915	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1916	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1917	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1918	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1919	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1920	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1921	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1922	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1923	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1924	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827
1925	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865
1926	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902
1927	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742
1928	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940
1929	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
1930	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
1931	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
1932	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
1933	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
1934	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
1935	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
1936	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767
1937	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774
1938	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842
1939	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859
1940	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
1941	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
1942	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
1943	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
1944	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640
1945	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732
1946	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
1947	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
1948	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
1949	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
1950	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
1951	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
1952	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
1953	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1954	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
1955	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
1956	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
1957	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
1958	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
1959	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
1960	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
1961	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
1962	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
1963	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
1964	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
1965	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
1966	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
1967	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
1968	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
1969	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334
1970	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681
1971	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372
1972	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
1973	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
1974	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
1975	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
1976	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
1977	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
1978	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
1979	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
1980	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
1981	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
1982	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
1983	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1984	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1985	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
1986	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
1987	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
1988	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
1989	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
1990	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1991	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
1992	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
1993	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
1994	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
1995	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
1996	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
1997	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
1998	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
1999	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
2000	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2001	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2002	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2003	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2004	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2005	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
2006	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
2007	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
2008	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
2009	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
2010	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
2011	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
2012	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
2013	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
2014	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
2015	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
2016	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
2017	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2018	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2019	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2020	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2021	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2022	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2023	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2024	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2025	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2026	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2027	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2028	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2029	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2030	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2031	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2032	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2033	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
2034	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2035	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2036	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2037	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2038	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2039	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2040	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2041	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
2042	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2043	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2044	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2045	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2046	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2047	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2048	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2049	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2050	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2051	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2052	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2053	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2054	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2055	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2056	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2057	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2058	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2059	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2060	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2061	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2062	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2063	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990081233
2064	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2065	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990081196
2066	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2067	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2068	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2069	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2070	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2071	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2072	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2073	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2074	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2075	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2076	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2077	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2078	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2079	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2080	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2081	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2082	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2083	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2084	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335
2085	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2086	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2087	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2088	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2089	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2090	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2091	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2092	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2093	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2094	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2095	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2096	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2097	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2098	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2099	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2100	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2101	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2102	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2103	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2104	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2105	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2106	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2107	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2108	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2109	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2110	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2111	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2112	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2113	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2114	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2115	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2116	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2117	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2118	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910
2119	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2120	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2121	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
2122	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2123	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2124	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2125	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903
2126	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2127	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2128	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2129	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2130	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2131	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2132	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2133	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2134	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2135	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2136	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2137	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2138	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2139	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2140	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2141	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2142	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2143	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2144	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2145	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2146	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2147	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2148	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750
2149	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475
2150	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2151	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2152	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2153	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2154	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2155	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535
2156	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2157	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2158	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2159	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2160	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2161	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2162	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2163	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2164	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2165	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2166	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2167	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2168	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2169	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2170	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2171	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2172	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2173	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2174	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2175	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2176	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2177	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2178	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2179	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2180	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2181	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2182	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2183	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2184	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2185	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2186	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2187	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2188	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2189	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2190	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
2191	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
2192	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
2193	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2194	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2195	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2196	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2197	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2198	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2199	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2200	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2201	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2202	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2203	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2204	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2205	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2206	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2207	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2208	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2209	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2210	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2211	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2212	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2213	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2214	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2215	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2216	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2217	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2218	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2219	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2220	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2221	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2222	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2223	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2224	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2225	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2226	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2227	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
2228	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2229	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2230	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2231	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2232	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2233	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2234	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2235	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2236	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2237	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2238	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2239	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2240	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2241	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2242	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2243	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2244	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2245	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2246	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2247	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2248	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2249	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2250	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2251	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2252	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2253	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2254	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2255	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2256	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2257	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2258	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2259	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2260	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2261	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2262	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2263	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2264	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
2265	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2266	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2267	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2268	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2269	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2270	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2271	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2272	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2273	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2274	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2275	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2276	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2277	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2278	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2279	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2280	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2281	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990777853
2282	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2283	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2284	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2285	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2286	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
2287	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
2288	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2289	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2290	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
2291	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
2292	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2293	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2294	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
2295	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991551636
2296	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991551551
2297	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2298	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2299	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2300	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
2301	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2302	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2303	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990804375
2304	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2305	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990804351
2306	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2307	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2308	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2309	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2310	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2311	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2312	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2313	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2314	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2315	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2316	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2317	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2318	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2319	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2320	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2321	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2322	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2323	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2324	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2325	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2326	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2327	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990649655
2328	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2329	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2330	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2331	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2332	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2333	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2334	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2335	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
2336	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2337	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2338	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2339	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2340	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2341	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2342	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2343	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2344	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2345	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2346	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2347	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2348	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2349	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2350	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2351	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2352	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2353	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2354	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2355	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2356	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2357	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2358	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2359	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2360	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2361	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2362	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2363	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2364	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2365	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2366	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2367	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760
2368	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715
2369	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194
2370	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170
2371	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187
2372	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2373	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2374	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2375	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2376	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2377	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2378	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2379	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2380	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
2381	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
2382	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847
2383	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2384	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2385	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2386	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2387	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2388	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2389	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2390	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2391	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2392	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2393	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2394	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2395	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2396	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2397	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2398	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2399	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strzyk.	05909990064748
2400	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2401	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2402	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
2403	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2404	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2405	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2406	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
2407	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2408	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2409	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2410	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2411	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2412	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2413	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2414	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2415	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2416	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2417	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2418	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2419	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2420	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2421	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2422	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2423	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2424	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2425	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2426	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2427	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2428	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2429	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908
2430	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960
2431	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991
2432	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713
2433	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720
2434	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2435	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2436	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2437	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2438	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003
2439	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034
2440	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2441	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2442	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2443	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2444	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2445	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
2446	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2447	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2448	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2449	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2450	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2451	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2452	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2453	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2454	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2455	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2456	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2457	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2458	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2459	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2460	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2461	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2462	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2463	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2464	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2465	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2466	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2467	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2468	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2469	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2470	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2471	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2472	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2473	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2474	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2475	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2476	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2477	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2478	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2479	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2480	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2481	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2482	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2483	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2484	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2485	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2486	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2487	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2488	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2489	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2490	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2491	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2492	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2493	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2494	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2495	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2496	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2497	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990759019
2498	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990759118
2499	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990758814
2500	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990758913
2501	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671496
2502	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2503	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990671472
2504	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2505	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2506	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2507	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2508	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2509	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2510	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2511	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2512	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2513	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2514	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2515	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2516	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2517	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2518	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2519	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2520	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2521	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2522	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2523	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2524	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2525	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2526	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2527	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2528	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2529	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2530	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2531	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2532	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2533	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2534	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2535	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2536	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2537	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2538	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
2539	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2540	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2541	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2542	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2543	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2544	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2545	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
2546	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
2547	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
2548	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2549	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2550	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2551	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2552	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2553	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2554	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2555	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2556	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2557	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2558	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2559	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2560	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2561	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2562	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2563	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2564	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2565	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2566	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2567	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2568	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573
2569	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2570	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566
2571	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2572	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2573	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2574	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106
2575	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2576	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2577	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2578	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2579	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2580	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2581	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2582	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2583	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
2584	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2585	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2586	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2587	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990751877
2588	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990751594
2589	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2590	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2591	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2592	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2593	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2594	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990682065
2595	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990681877
2596	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990074969
2597	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2598	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2599	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2600	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990074945
2601	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2602	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2603	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2604	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2605	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2606	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2607	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2608	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2609	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2610	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2611	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2612	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2613	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2614	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2615	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2616	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2617	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2618	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650
2619	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636
2620	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643
2621	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2622	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2623	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2624	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2625	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2626	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2627	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2628	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2629	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2630	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2631	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2632	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2633	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2634	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2635	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2636	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2637	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2638	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2639	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2640	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2641	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2642	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2643	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2644	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2645	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2646	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2647	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2648	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2649	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2650	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2651	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2652	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2653	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2654	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2655	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2656	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2657	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2658	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2659	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2660	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2661	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2662	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
2663	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358
2664	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2665	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2666	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2667	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2668	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920	
4	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014	
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113	
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229	
14	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	
15	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	
16	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	
19	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	
24	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	
28	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	
29	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
32	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	
38	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	
39	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	
40	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	
41	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	
42	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	
43	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	
44	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	
45	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	
46	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	
47	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	
48	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	
49	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	
50	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	
51	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	
52	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	56 szt.	05995327174969	
53	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352	
54	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	
55	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	
56	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	
57	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	
58	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
59	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991560614	
60	Allopurinolum	Adnamil, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991560621	
61	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	
62	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	
63	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	
64	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	
65	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	
66	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	
67	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	
68	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502	
69	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564	
70	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540	
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	
72	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	
74	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	
75	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	
77	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	
78	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818	
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	
81	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	
82	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	
83	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996	
84	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	
85	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	
86	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990936557	
87	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	
88	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	
89	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649	
90	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	
91	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	
92	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
93	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	
94	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	
95	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	
96	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991520250	
97	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	
98	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	
99	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	
100	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	
101	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	
102	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	
103	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	
104	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	
105	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	
106	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	
107	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	
108	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	
109	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	
110	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	
111	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	
112	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	
113	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	
114	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	
115	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	
116	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	
118	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	
119	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	
120	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	
121	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	
122	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311	
123	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	
124	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	
125	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	
126	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
127	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	
128	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	
129	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	
130	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	
131	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	
132	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	
133	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	
134	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	
135	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	
136	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	
137	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	
138	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	
140	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	
141	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	
142	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	
143	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	
144	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	
147	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	
148	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	
149	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	
150	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	
151	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	
152	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	
153	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	
154	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	
155	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	
156	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
157	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	
158	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	
159	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	
160	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	
161	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	
162	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	
163	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	
164	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	
165	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	
209	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	
210	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
211	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
212	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991529468	
213	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991457808	
214	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711	
215	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029	
216	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
217	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05900411013871	
218	Apixabanum	Apixaban Adamed, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05900411013895	
219	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	
220	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396	
221	Apixabanum	Embavi, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05995327201238	
222	Apixabanum	Embavi, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05995327201306	
223	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 2,5 mg	60 szt.	05909991457136	dotyczy wyłącznie wskazania: <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; Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej
224	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991457198	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej
225	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	
226	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	
227	Aprepitantum	Aprepitant Viatris, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	
228	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	
229	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	
230	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	
231	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	
232	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	
233	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	
234	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	
235	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	
236	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	
237	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	
238	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	
239	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
240	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	
241	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	
242	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	
243	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	
244	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	
245	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	
246	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	
247	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	
248	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	
249	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	
250	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	
251	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	
252	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	
253	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	
254	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	
255	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	
256	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	
257	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	
258	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	
259	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	
260	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	
261	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	
262	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215	
263	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	
264	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	
265	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	
266	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	
267	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	
268	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	
269	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
270	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634	
271	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658	
272	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	
273	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991263799	
274	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991263805	
275	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	
276	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991263935	
277	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	
278	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	
279	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	
280	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	
281	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	
282	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	
283	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	
284	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	
285	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	
286	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	
287	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	
288	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	
289	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	
290	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	
291	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	
292	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	
293	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	
294	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	
295	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	
296	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	
297	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	
298	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	
299	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	
300	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	
301	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	
302	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	
303	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	
304	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
305	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	
306	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	
307	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647	
308	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	
309	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	
310	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	
311	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	
312	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	
313	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	
314	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	
315	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488	
316	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336	
317	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374	
318	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991321611	
319	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710	
320	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896	
321	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902	
322	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919	
323	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926	
324	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933	
325	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940	
326	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	
327	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	
328	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951	
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975	
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305	
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336	
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459	
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655	
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662	
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686	
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730	
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	08595566453541	
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991444747	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792	
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	08595566453589	
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853	
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Teva Pharmaceuticals Polska, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547	
346	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	
347	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	
348	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	
349	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	
350	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991562700	
351	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991562717	
352	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992	
353	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991562724	
354	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618	
355	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137	
356	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359	
357	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717	
358	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144	
359	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366	
360	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816	
361	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151	
362	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373	
363	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	
364	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508	
365	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539	
366	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553	
367	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638	
368	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652	
369	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676	
370	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782	
371	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805	
372	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
373	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097	
374	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103	
375	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976	
376	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134	
377	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042	
378	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141	
379	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290	
380	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368	
381	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436	
382	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443	
383	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071	
384	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161	
385	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178	
386	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185	
387	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208	
388	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814	
389	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821	
390	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838	
391	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913	
392	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920	
393	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937	
394	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911	
395	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935	
396	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997	
397	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	
398	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	
399	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	
400	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	
401	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	
402	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	
403	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738	
404	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752	
405	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	
406	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
407	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	
408	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	
409	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	
410	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319	
411	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	
412	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990073573	
413	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421	
414	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520	
415	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608	
416	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	
417	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	
418	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	
419	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	
420	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214	
421	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	
422	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	
423	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	
424	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 172+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153018032	
425	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, proszek do inhalacji, 88+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153017981	
426	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567	
427	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574	
428	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581	
429	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598	
430	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
431	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	
432	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	
433	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	
434	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	
435	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	
436	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223	
437	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	
438	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	
439	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampułek po 1 ml	05909990121625	
440	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	
441	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	
442	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	
443	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	
444	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	
445	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	
446	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	
447	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	
448	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	
449	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	
450	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	
451	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	
452	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	
453	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	
454	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	
455	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	
456	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529	
457	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420	
458	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
459	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056	
460	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070	
461	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063	
462	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	
463	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	
464	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	
465	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	
466	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852	
467	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869	
468	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791	
469	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807	
470	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	
471	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	
472	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	
473	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	
474	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	
475	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	
476	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	
477	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	
478	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	
479	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	
480	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	
481	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641	
482	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	
483	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	
484	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	
485	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	
486	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	
487	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	
488	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913	
489	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	
490	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	
491	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	
492	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	
493	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
494	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	
495	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	
496	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	
497	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	
498	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	
499	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	
500	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	
501	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	
502	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	
503	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	
504	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	
505	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	
506	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	
507	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	
508	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	
509	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	
510	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	
511	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	
512	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	
513	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	
514	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	
515	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	
516	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	
517	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	
518	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866	
519	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
520	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	
521	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	
522	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	
523	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971	
524	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932	
525	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963	
526	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	
527	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	
528	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	
529	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	
530	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	
531	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	
532	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	
533	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	
534	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	
535	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	
536	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	
537	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	
538	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	
539	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	
540	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	
541	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	
542	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	
543	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
544	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	
545	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	
546	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	
547	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	
548	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	
549	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	
550	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	
551	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	
552	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	
553	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	
554	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	
555	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	
556	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	
557	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	
558	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	
559	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991096106	
560	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	
561	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	
562	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	
563	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	
564	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	
565	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	
566	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	
567	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	
568	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	
569	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	
570	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	
571	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	
572	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	
573	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	
574	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	
575	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	
576	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
577	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	
578	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	
579	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	
580	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	
581	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	
582	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	
583	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	
584	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	
585	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	
586	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	
587	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	
588	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	
589	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	
590	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	
591	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	
592	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	
593	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	
594	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	
595	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	
596	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	
597	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	
598	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	
599	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	
600	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	
601	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	
602	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	
603	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	
604	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	
605	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	
606	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
607	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	
608	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	
609	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	
610	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	
611	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	
612	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	
613	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	
614	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209	
615	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230	
616	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179	
617	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	
618	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	
619	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	
620	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	
621	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	
622	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	
623	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	
624	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	
625	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	
626	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	
627	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	
628	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	
629	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	
630	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
631	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	
632	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	
633	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	
634	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	
635	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	
636	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	
637	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	
638	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	
639	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	
640	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	
641	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	
642	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	
643	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
644	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
645	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
646	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430	
647	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	
648	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454	
649	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	
650	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129	
651	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	
652	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	
653	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	
654	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	
655	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	
656	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	
657	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814	
658	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
659	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	
660	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	
661	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604	
662	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315	
663	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909	
664	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930	
665	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	
666	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	
667	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	
668	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	
669	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	
670	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	
671	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	
672	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	
673	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	
674	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	
675	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	
676	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	
677	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	
678	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	
679	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	
680	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	
681	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	
682	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	
683	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840	
684	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
685	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697	
686	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703	
687	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	
688	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	
689	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	
690	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	
691	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831	
692	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855	
693	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	
694	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	
695	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	
696	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	
697	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	
698	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	
699	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	
700	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991263386	
701	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991263409	
702	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	
703	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	
704	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	
705	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	
706	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	
707	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	
708	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	
709	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	
710	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637	
711	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108	
712	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620	
713	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115	
714	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	
715	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
716	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	
717	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	
718	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	
719	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	
720	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	
721	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	
722	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	
723	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	
724	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	
725	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	
726	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	
727	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	
728	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	
729	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	
730	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997	
731	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062	
732	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093	
733	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966	
734	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	
735	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	
736	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	
737	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	
738	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	
739	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	
740	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441	
741	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250	
742	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	
743	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	
744	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	
745	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	
746	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637	
747	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	
748	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	
749	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
750	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	
751	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	
752	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	
753	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	
754	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	
755	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	
756	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	
757	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	
758	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	
759	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	
760	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	
761	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	
762	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	
763	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	
764	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	
765	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	
766	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	
767	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	
768	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	
769	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	
770	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	
771	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	
772	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667	
773	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	
774	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803	
775	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	
776	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	
777	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514	
778	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964	
779	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012	
780	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613	
781	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	
782	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010	
783	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
784	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	
785	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	
786	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	
787	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	
788	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990081165	
789	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532	
790	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549	
791	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	
792	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	
793	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	
794	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	
795	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819	
796	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826	
797	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419	
798	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	
799	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	
800	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438	
801	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520	
802	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	
803	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544	
804	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	
805	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	
806	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	
807	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	
808	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	
809	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	
810	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	
811	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	
812	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
813	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	
814	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	
815	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	
816	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	
817	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748	
818	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	
819	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	
820	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991448318	
821	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011	
822	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826	
823	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205	
824	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	
825	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	
826	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	
827	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	
828	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990762729	
829	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475	
830	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	
831	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	
832	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	
833	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	
834	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	
835	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	
836	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	
837	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	
838	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	
839	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412	
840	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	
841	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	
842	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	
843	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	
844	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
845	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108	
846	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
847	Dabigatranum etexilatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
848	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	
849	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	dotyczy wyłącznie wskazania: <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; <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;
850	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	
851	Dabigatranum etexilatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
852	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	
853	Dabigatranum etexilatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	
854	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	
855	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
856	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	
857	Dabigatranum etexilatum	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	dotyczy wyłącznie wskazania: <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; <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;
858	Dabigatranum etexilatum	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
859	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	
860	Dapagliflozinum	Daforbis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901797711184	
861	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05903060625624	
862	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990975884	
863	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	
864	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	
865	Denosumabum	Izamby, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08436596260207	
866	Denosumabum	Junod, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05997001330906	
867	Denosumabum	Kefdensis, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	04150196695620	
868	Denosumabum	Osvyrti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05056842801362	
869	Denosumabum	Ponlimsi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991585808	
870	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
871	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	
872	Denosumabum	Zadenvi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08594739318274	
873	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	
874	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	
875	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	
876	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	
877	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	
878	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	
879	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	
880	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	
881	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	
882	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	
883	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	
884	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	
885	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	
886	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	
887	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	
888	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	
889	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	
890	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	
891	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	
892	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	
893	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	
894	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	
895	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	
896	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991565367	
897	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	
898	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991565404	
899	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	
900	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	
901	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991565398	
902	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	
903	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	
904	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
905	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	
906	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	
907	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	
908	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	
909	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	
910	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	
911	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	
912	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	
913	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990457137	
914	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	
915	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	
916	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	
917	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	
918	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	
919	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	
920	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	
921	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	
922	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	
923	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	
924	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	
925	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	
926	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	
927	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	
928	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	
929	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	
930	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141	
931	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
932	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	
933	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	
934	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	
935	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	
936	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	
937	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	
938	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	
939	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	
940	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	
941	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	
942	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	
943	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	
944	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	
945	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	
946	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	
947	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	
948	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	
949	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	
950	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	
951	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	
952	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	
953	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	
954	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	
955	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	
956	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	
957	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	
958	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	
959	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	
960	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
961	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	
962	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	
963	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	
964	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	
965	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	
966	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	
967	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	
968	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	
969	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	
970	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	
971	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	
972	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	
973	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	
974	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	
975	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	
976	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	
977	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	
978	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	
979	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	
980	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	
981	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	
982	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	
983	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	
984	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	
985	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	
986	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	
987	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	
988	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	
989	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	
990	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	
991	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
992	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	
993	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	
994	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	
995	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	
996	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	
997	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	
998	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	
999	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	
1000	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	
1001	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	
1002	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	
1003	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	
1004	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	
1005	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	
1006	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	
1007	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	
1008	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	
1009	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	
1010	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	
1011	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	
1012	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	
1013	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	
1014	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	
1015	Duloxetinum	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	
1016	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	
1017	Duloxetinum	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	
1018	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	
1019	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1020	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	
1021	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	
1022	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	
1023	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	
1024	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	
1025	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	
1026	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	
1027	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	
1028	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	
1029	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	
1030	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	
1031	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	
1032	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	
1033	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	
1034	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	
1035	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	
1036	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	
1037	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	
1038	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	
1039	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	
1040	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	
1041	Dutasteridum	Davoster, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991318840	
1042	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	
1043	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	
1044	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	
1045	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	
1046	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	
1047	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	
1048	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991138523	
1049	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	
1050	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	
1051	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	
1052	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	
1053	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1054	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	
1055	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	
1056	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	
1057	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	
1058	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	
1059	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	
1060	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	
1061	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	
1062	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	
1063	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	
1064	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	
1065	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	
1066	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	
1067	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	
1068	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	
1069	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	
1070	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	
1071	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	
1072	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	
1073	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	
1074	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	
1075	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	
1076	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	
1077	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	
1078	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	
1079	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	
1080	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	
1081	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	
1082	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1083	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	
1084	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	
1085	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	
1086	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	
1087	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	
1088	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	
1089	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	
1090	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	
1091	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	
1092	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	
1093	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	
1094	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	
1095	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	
1096	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	
1097	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215	
1098	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713	
1099	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	
1100	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	
1101	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	
1102	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	
1103	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	
1104	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	
1105	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	
1106	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	
1107	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	
1108	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	
1109	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	
1110	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	
1111	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	
1112	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii oraz wskazań pozarejetracyjnych: 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.
1113	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	
1114	Exemestanum	Symex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05905701070350	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1115	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	
1116	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	
1117	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	
1118	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	
1119	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	
1120	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	
1121	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	
1122	Ezetimibum + Atorvastatinum	Coatoris, tabl. powl., 10+80 mg	30 szt.	03838989773410	
1123	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	
1124	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	
1125	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	
1126	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	
1127	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	
1128	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	
1129	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835	
1130	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828	
1131	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	
1132	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	
1133	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	
1134	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	
1135	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	
1136	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874	
1137	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	
1138	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	
1139	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	
1140	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	
1141	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	
1142	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	
1143	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	
1144	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	
1145	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339	
1146	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500	
1147	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609	
1148	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173	
1149	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1150	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807	
1151	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	
1152	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	
1153	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	
1154	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917	
1155	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342	
1156	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	
1157	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrodil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462	
1158	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	
1159	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	
1160	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702	
1161	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	
1162	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	
1163	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	
1164	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	
1165	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	
1166	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	
1167	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	
1168	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	
1169	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	
1170	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	
1171	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	
1172	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	
1173	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	
1174	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	
1175	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	
1176	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1177	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	
1178	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	
1179	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	
1180	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	
1181	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	
1182	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	
1183	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	
1184	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	
1185	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	
1186	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	
1187	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	
1188	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	
1189	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	
1190	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	
1191	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	
1192	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	
1193	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	
1194	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	
1195	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	
1196	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	
1197	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	
1198	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	
1199	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	
1200	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	
1201	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	
1202	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	
1203	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1204	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	
1205	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	
1206	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	
1207	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	
1208	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770	
1209	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670	
1210	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	
1211	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	
1212	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	
1213	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	
1214	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990082391	
1215	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991507879	
1216	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	
1217	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991151218	
1218	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	
1219	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991214692	
1220	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991214753	
1221	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	
1222	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	
1223	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973	
1224	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895	
1225	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997	
1226	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267	
1227	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274	
1228	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	
1229	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105	
1230	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871	
1231	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	
1232	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	
1233	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	
1234	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	
1235	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	
1236	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1237	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	
1238	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	
1239	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	
1240	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	
1241	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	
1242	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	
1243	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	
1244	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	
1245	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	
1246	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	
1247	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	
1248	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	
1249	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798	
1250	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	
1251	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	
1252	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	
1253	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	
1254	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	
1255	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	
1256	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	
1257	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	
1258	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	
1259	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	
1260	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	
1261	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	
1262	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	
1263	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	
1264	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	
1265	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	
1266	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	
1267	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	
1268	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	
1269	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	
1270	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	
1271	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1272	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	
1273	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	
1274	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	
1275	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	
1276	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	
1277	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621	
1278	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	
1279	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	
1280	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	
1281	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	
1282	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	
1283	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	
1284	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	
1285	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	
1286	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	
1287	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	
1288	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	
1289	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	
1290	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	
1291	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	
1292	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	
1293	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	
1294	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	
1295	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	
1296	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	
1297	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	
1298	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1299	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	
1300	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	
1301	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001	
1302	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025	
1303	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	
1304	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	
1305	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064	
1306	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	
1307	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060	
1308	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	
1309	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	
1310	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	
1311	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	
1312	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	
1313	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	
1314	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	
1315	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	
1316	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	
1317	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557	
1318	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595	
1319	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632	
1320	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1321	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	
1322	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	
1323	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	
1324	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	
1325	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	
1326	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	
1327	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	
1328	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	
1329	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	
1330	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	
1331	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	
1332	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	
1333	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	
1334	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	
1335	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	
1336	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	
1337	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	
1338	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	
1339	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	
1340	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	
1341	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	
1342	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1343	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	
1344	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	
1345	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	
1346	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	
1347	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	
1348	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	
1349	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981	
1350	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	
1351	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	
1352	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	
1353	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	
1354	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	
1355	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	
1356	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	
1357	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	
1358	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	
1359	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	
1360	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	
1361	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	
1362	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	
1363	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	
1364	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	
1365	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	
1366	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	
1367	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	
1368	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1369	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	
1370	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	
1371	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	
1372	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	
1373	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	
1374	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	
1375	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	
1376	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	
1377	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	
1378	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	
1379	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	
1380	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	
1381	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	
1382	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	
1383	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	
1384	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	
1385	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	
1386	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	
1387	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	
1388	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	
1389	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	
1390	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	
1391	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	
1392	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	
1393	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	
1394	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	
1395	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	
1396	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1397	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991226299	
1398	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991226305	
1399	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	
1400	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	
1401	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	
1402	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	
1403	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	
1404	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	
1405	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	
1406	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	
1407	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	
1408	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	
1409	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	
1410	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	
1411	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	
1412	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	
1413	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	
1414	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	
1415	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	
1416	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	
1417	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	
1418	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	
1419	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	
1420	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	
1421	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	
1422	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	
1423	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	
1424	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574	
1425	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg	30 szt. + 1 inhalator	05909991000882	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1426	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	
1427	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	
1428	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	
1429	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	
1430	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	
1431	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	
1432	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	
1433	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	
1434	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	
1435	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	
1436	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	
1437	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	
1438	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	
1439	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	
1440	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	
1441	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	
1442	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	
1443	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	
1444	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	
1445	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Amidil Combo AmiHaler, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 85 mcg + 43 mcg /dawkę	30 szt. + 1 inhal.	05903060632318	
1446	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	
1447	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	
1448	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	
1449	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	
1450	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	
1451	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	
1452	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1453	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	
1454	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	
1455	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	
1456	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	
1457	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	
1458	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	
1459	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	
1460	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	
1461	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	
1462	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	
1463	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	
1464	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	
1465	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	
1466	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	
1467	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	
1468	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	
1469	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	
1470	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	
1471	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	
1472	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	
1473	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	
1474	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	
1475	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	
1476	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	
1477	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	
1478	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1479	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	
1480	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	
1481	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	
1482	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	
1483	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	
1484	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	
1485	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	
1486	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	
1487	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	
1488	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	
1489	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	
1490	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	
1491	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	
1492	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	
1493	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	
1494	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	
1495	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	
1496	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	
1497	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	
1498	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	
1499	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	
1500	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	
1501	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	
1502	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1503	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	
1504	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	
1505	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	
1506	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	
1507	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	
1508	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	
1509	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	
1510	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	
1511	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	
1512	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	
1513	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	
1514	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	
1515	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879	
1516	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	
1517	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	
1518	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	
1519	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	
1520	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	
1521	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	
1522	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	
1523	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	
1524	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	
1525	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	
1526	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	
1527	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	
1528	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	
1529	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1530	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	
1531	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	
1532	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	
1533	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	
1534	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	
1535	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	
1536	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	
1537	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	
1538	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	
1539	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	
1540	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	
1541	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	
1542	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	
1543	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	
1544	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	
1545	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	
1546	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	
1547	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	
1548	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	
1549	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	
1550	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	
1551	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	
1552	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	
1553	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	
1554	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814	
1555	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	
1556	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	
1557	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	
1558	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	
1559	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	
1560	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	
1561	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1562	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	
1563	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	
1564	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	
1565	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	
1566	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	
1567	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	
1568	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551	
1569	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582	
1570	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612	
1571	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506	
1572	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05055565743331	
1573	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05055565743348	
1574	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05055565743355	
1575	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05055565743324	
1576	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	
1577	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	
1578	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	
1579	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	
1580	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358	
1581	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365	
1582	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372	
1583	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341	
1584	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991384234	
1585	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991384241	
1586	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991384258	
1587	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991384197	
1588	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	
1589	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	
1590	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	
1591	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	
1592	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	
1593	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	
1594	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	
1595	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1596	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	
1597	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	
1598	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	
1599	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	
1600	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	
1601	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	
1602	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	
1603	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	
1604	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	
1605	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	
1606	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	
1607	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	
1608	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	
1609	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	
1610	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	
1611	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	30 poj.	04987084320674	
1612	Latanoprostum	Catiolanze, krople do oczu, emulsja, 50 µg/ml	90 poj.	04987084324894	
1613	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	
1614	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	
1615	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	
1616	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	
1617	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	
1618	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	
1619	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	
1620	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	
1621	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	
1622	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	
1623	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	
1624	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	
1625	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	
1626	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1627	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	
1628	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	
1629	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	
1630	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	
1631	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	
1632	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	
1633	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	
1634	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	
1635	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	
1636	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	
1637	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	
1638	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	
1639	Latanoprostum + Timololum	Xalofree Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 7,5 ml	05909991567125	
1640	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	
1641	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	
1642	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990977826	
1643	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482	
1644	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399	
1645	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990977925	
1646	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138	
1647	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145	
1648	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980	
1649	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031	
1650	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079	
1651	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	
1652	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	
1653	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	
1654	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1655	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	
1656	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
1657	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
1658	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
1659	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestracyjnych: 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.
1660	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	
1661	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	
1662	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	
1663	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	
1664	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	
1665	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	
1666	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	
1667	Leuprorelinum	Lutrate Depot, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 22,5 mg	1 amp.-strzyk.	05909991248956	
1668	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	
1669	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	
1670	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	
1671	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	
1672	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	
1673	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	
1674	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	
1675	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	
1676	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	
1677	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	
1678	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	
1679	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	
1680	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	
1681	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1682	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	
1683	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	
1684	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	
1685	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	
1686	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	
1687	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	
1688	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	
1689	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	
1690	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	
1691	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	
1692	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	
1693	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	
1694	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	
1695	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	
1696	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	
1697	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	
1698	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	
1699	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203	
1700	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	
1701	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272	
1702	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	
1703	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	
1704	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	
1705	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	
1706	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	
1707	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	
1708	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	
1709	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	
1710	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	
1711	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	
1712	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	
1713	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	
1714	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	
1715	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1716	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	
1717	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929	
1718	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	
1719	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943	
1720	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600	
1721	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475	
1722	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	
1723	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	
1724	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	
1725	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	
1726	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	
1727	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	
1728	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807	
1729	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	
1730	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	
1731	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	
1732	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	
1733	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267	
1734	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	
1735	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	
1736	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	
1737	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	
1738	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	
1739	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	
1740	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	
1741	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	
1742	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	
1743	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	
1744	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	
1745	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	
1746	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	
1747	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909991569761	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1748	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	
1749	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	
1750	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	
1751	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	
1752	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	
1753	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	
1754	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	
1755	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	
1756	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	
1757	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	
1758	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	
1759	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	
1760	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	
1761	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	
1762	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	
1763	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	
1764	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	
1765	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	
1766	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	
1767	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	
1768	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	
1769	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	
1770	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	
1771	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	
1772	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	
1773	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	
1774	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	
1775	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	
1776	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	
1777	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	
1778	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	
1779	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	
1780	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	
1781	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	
1782	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1783	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	
1784	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	
1785	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	
1786	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	
1787	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	
1788	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	
1789	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	
1790	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	
1791	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	
1792	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	
1793	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	
1794	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	
1795	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	
1796	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	
1797	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	
1798	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	
1799	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	
1800	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	
1801	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	
1802	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	
1803	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	
1804	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	
1805	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	
1806	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990638659	
1807	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990818914	
1808	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990649112	
1809	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909990649129	
1810	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	
1811	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	
1812	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	
1813	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	
1814	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	
1815	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1816	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	
1817	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	
1818	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	
1819	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	
1820	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	
1821	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	
1822	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	
1823	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	
1824	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	
1825	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	
1826	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	
1827	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	
1828	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	
1829	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	
1830	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	
1831	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	
1832	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	
1833	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	
1834	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991560775	
1835	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991560782	
1836	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	
1837	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	
1838	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	
1839	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05901720141217	
1840	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05901720141224	
1841	Lurasidonum	Lurasidone +pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05901720141231	
1842	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	09008732018684	
1843	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	09008732018707	
1844	Lurasidonum	Lurasidone G.L. Pharma, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	09008732018721	
1845	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431	
1846	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991576448	
1847	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991576455	
1848	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908	
1849	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05903060631915	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1850	Lurasidonum	Polur, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05903060631922	
1851	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	
1852	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	
1853	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	
1854	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	
1855	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	
1856	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	
1857	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	
1858	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	
1859	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	
1860	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	
1861	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	
1862	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	
1863	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	
1864	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	
1865	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	
1866	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	
1867	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	
1868	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	
1869	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	
1870	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	
1871	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	
1872	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	
1873	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	
1874	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	
1875	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	
1876	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	
1877	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	
1878	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	
1879	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	
1880	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	
1881	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	
1882	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	
1883	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1884	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	
1885	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	
1886	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	
1887	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	
1888	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	
1889	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	
1890	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	
1891	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	
1892	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	
1893	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	
1894	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	
1895	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	
1896	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	
1897	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	
1898	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	
1899	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	
1900	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	
1901	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	
1902	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	
1903	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	
1904	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	
1905	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	
1906	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	
1907	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	
1908	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	
1909	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	
1910	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	
1911	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	
1912	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	
1913	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	
1914	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	
1915	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001	
1916	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025	
1917	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1918	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	
1919	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	
1920	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	
1921	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	
1922	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	
1923	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	
1924	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	
1925	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	
1926	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	
1927	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	
1928	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	
1929	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	
1930	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	
1931	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	
1932	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	
1933	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	
1934	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	
1935	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	
1936	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	
1937	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	
1938	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	
1939	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	
1940	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	
1941	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	
1942	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	
1943	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	
1944	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	
1945	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1946	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	
1947	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	
1948	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	08595566455996	
1949	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	08595566456023	
1950	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	08595566456177	
1951	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	08595566456139	
1952	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	08595566456146	
1953	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	
1954	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	
1955	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	
1956	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	
1957	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	
1958	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236	
1959	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331	
1960	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335	
1961	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	
1962	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	
1963	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	
1964	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	
1965	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	
1966	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	
1967	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	
1968	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	
1969	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	
1970	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	
1971	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	
1972	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	
1973	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	
1974	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	
1975	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1976	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	
1977	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	
1978	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	
1979	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	
1980	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	
1981	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	
1982	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	
1983	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	
1984	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	
1985	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	
1986	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	
1987	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	
1988	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	
1989	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215	
1990	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253	
1991	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277	
1992	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	
1993	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	
1994	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	
1995	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	
1996	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	
1997	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	
1998	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	
1999	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	
2000	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	
2001	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	
2002	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	
2003	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	
2004	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2005	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	
2006	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	
2007	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	
2008	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	
2009	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	
2010	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	
2011	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	
2012	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	
2013	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	
2014	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	
2015	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	
2016	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	
2017	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	
2018	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	
2019	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	
2020	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	
2021	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	
2022	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	
2023	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	
2024	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	
2025	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	
2026	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2027	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	
2028	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	
2029	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	
2030	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	
2031	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	
2032	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	
2033	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	
2034	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	
2035	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	
2036	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	
2037	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	
2038	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	
2039	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	
2040	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	
2041	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	
2042	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	
2043	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	
2044	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	
2045	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	
2046	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	
2047	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	
2048	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2049	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	
2050	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	
2051	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	
2052	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	
2053	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	
2054	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	
2055	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	
2056	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	
2057	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	
2058	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	
2059	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	
2060	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	
2061	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020	
2062	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	
2063	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	
2064	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	
2065	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	
2066	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	
2067	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	
2068	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	
2069	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	
2070	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	
2071	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	
2072	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	
2073	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483	
2074	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2075	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962	
2076	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	
2077	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391	
2078	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311	
2079	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	
2080	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618	
2081	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625	
2082	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	
2083	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	
2084	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	
2085	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	
2086	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	
2087	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	
2088	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	
2089	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	
2090	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813	
2091	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	
2092	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	
2093	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	
2094	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	
2095	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	
2096	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	
2097	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	
2098	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	
2099	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	
2100	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688	
2101	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	
2102	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990670758	
2103	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	
2104	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	
2105	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462	
2106	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2107	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	
2108	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137	
2109	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	
2110	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	
2111	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	
2112	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	
2113	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	
2114	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255	
2115	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	
2116	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235	
2117	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	
2118	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	
2119	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	
2120	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013	
2121	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	
2122	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	
2123	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	
2124	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	
2125	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090	
2126	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	
2127	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	
2128	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	
2129	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	
2130	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	
2131	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	
2132	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	
2133	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	
2134	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	
2135	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2136	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	
2137	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	
2138	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	
2139	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	
2140	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	
2141	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	
2142	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	
2143	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	
2144	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	
2145	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	
2146	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	
2147	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	
2148	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	
2149	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	
2150	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990715268	
2151	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	
2152	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	
2153	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	
2154	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	
2155	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	
2156	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	
2157	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	
2158	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	
2159	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	
2160	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	
2161	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2162	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	
2163	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	
2164	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	
2165	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	
2166	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	
2167	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	
2168	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	
2169	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	
2170	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	
2171	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	
2172	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	
2173	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	
2174	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	
2175	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438	
2176	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	
2177	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515	
2178	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	
2179	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	
2180	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	
2181	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	
2182	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	
2183	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599	
2184	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	
2185	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	
2186	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	
2187	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	
2188	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	
2189	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	
2190	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	
2191	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	
2192	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	
2193	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	
2194	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	
2195	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2196	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	
2197	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	
2198	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	
2199	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	
2200	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	
2201	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	
2202	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	
2203	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	
2204	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	
2205	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	
2206	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	
2207	Nebivololum	Nebivolol Medreg, tabl., 5 mg	28 szt.	08595566454210	
2208	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	
2209	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	
2210	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	
2211	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	
2212	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	
2213	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	
2214	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	
2215	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	
2216	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	
2217	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	
2218	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	
2219	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	
2220	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	
2221	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	
2222	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	
2223	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	
2224	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	
2225	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	
2226	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	
2227	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2228	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	
2229	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300	
2230	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622	
2231	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	
2232	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	
2233	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	
2234	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	
2235	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	
2236	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	
2237	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	
2238	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	
2239	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	
2240	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	
2241	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	
2242	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365	
2243	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	
2244	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341	
2245	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	
2246	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	
2247	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	
2248	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	
2249	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	
2250	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776	
2251	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018	
2252	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117	
2253	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	
2254	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	
2255	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2256	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	
2257	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	
2258	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	
2259	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	
2260	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	
2261	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	
2262	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	
2263	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	
2264	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	
2265	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	
2266	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	
2267	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	
2268	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	
2269	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	
2270	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	
2271	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	
2272	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	
2273	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	
2274	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	
2275	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265	
2276	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367	
2277	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241	
2278	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374	
2279	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258	
2280	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	
2281	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991530945	
2282	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991530969	
2283	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	
2284	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2285	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343	
2286	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265	
2287	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350	
2288	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272	
2289	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	
2290	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	
2291	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	
2292	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	
2293	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	
2294	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	
2295	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	
2296	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	
2297	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	
2298	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	
2299	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	
2300	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	
2301	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	
2302	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	
2303	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	
2304	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	
2305	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	
2306	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	
2307	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	
2308	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	
2309	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	
2310	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	
2311	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	
2312	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	
2313	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	
2314	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2315	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	
2316	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	
2317	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	
2318	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	
2319	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	
2320	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	
2321	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	
2322	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	
2323	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	
2324	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	
2325	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	
2326	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	
2327	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	
2328	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	
2329	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	
2330	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	
2331	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	
2332	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	
2333	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	
2334	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	
2335	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	
2336	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	
2337	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	
2338	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2339	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	
2340	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	
2341	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011	
2342	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	
2343	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	
2344	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	
2345	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	
2346	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	
2347	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816	
2348	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	
2349	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	
2350	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	
2351	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	
2352	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	
2353	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	
2354	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	
2355	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	
2356	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	
2357	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	
2358	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	
2359	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	
2360	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	
2361	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	
2362	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	
2363	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	
2364	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	
2365	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	
2366	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2367	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	
2368	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	
2369	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	
2370	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	
2371	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	
2372	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	
2373	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	
2374	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	
2375	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	
2376	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	
2377	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	
2378	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	
2379	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	
2380	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	
2381	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	
2382	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	
2383	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	
2384	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	
2385	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	
2386	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	
2387	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	
2388	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	
2389	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	
2390	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	
2391	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714	
2392	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	
2393	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	
2394	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	
2395	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	
2396	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	
2397	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2398	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	
2399	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	
2400	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	
2401	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	
2402	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	
2403	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	
2404	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	
2405	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	
2406	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	
2407	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	
2408	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	
2409	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	
2410	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	
2411	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	
2412	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	
2413	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	
2414	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	
2415	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	
2416	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	
2417	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	
2418	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	
2419	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	
2420	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	
2421	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	
2422	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	
2423	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2424	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	
2425	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	
2426	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	
2427	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	
2428	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	
2429	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	
2430	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	
2431	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	
2432	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	
2433	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	
2434	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	
2435	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	
2436	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	
2437	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	
2438	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	
2439	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	
2440	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	
2441	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	
2442	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	
2443	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	
2444	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	
2445	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	
2446	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	
2447	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	
2448	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	
2449	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	
2450	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	
2451	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	
2452	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	
2453	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	
2454	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	
2455	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	
2456	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2457	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	
2458	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	
2459	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	
2460	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	
2461	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	
2462	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	
2463	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	
2464	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	
2465	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	
2466	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	
2467	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	
2468	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	
2469	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990425877	
2470	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990425884	
2471	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991323615	
2472	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991323646	
2473	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360	
2474	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	
2475	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	
2476	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	
2477	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	
2478	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	
2479	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	
2480	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	
2481	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	
2482	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	
2483	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	
2484	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	
2485	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	
2486	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	
2487	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	
2488	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	
2489	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	
2490	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	
2491	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2492	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	
2493	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	
2494	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	
2495	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	
2496	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	
2497	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	
2498	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	
2499	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	
2500	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	
2501	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	
2502	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	
2503	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	
2504	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	
2505	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	
2506	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	
2507	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	
2508	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	
2509	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	
2510	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	
2511	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	
2512	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	
2513	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	
2514	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	
2515	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	
2516	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	
2517	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	
2518	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	
2519	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	
2520	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	
2521	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	
2522	Posaconazolum	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2523	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	
2524	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	
2525	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	
2526	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667	
2527	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	
2528	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	
2529	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	
2530	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	
2531	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	
2532	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	
2533	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	
2534	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	
2535	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	
2536	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	
2537	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	
2538	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	
2539	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	
2540	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	
2541	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	
2542	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	
2543	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	
2544	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	
2545	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	
2546	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	
2547	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	
2548	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	
2549	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	
2550	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	
2551	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	
2552	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	
2553	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	
2554	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	
2555	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	
2556	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2557	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	
2558	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	
2559	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	
2560	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	
2561	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	
2562	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	
2563	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	
2564	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	
2565	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	
2566	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	
2567	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	
2568	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	
2569	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	
2570	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	
2571	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	
2572	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	
2573	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	
2574	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	
2575	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	
2576	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	
2577	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	
2578	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	
2579	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	
2580	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	
2581	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	
2582	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	
2583	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	
2584	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	
2585	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562	
2586	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593	
2587	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630	
2588	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	
2589	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2590	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	
2591	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	
2592	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	
2593	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	
2594	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990081233	
2595	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	
2596	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990081196	
2597	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	
2598	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	
2599	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	
2600	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888	
2601	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840	
2602	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	
2603	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	
2604	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	
2605	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	
2606	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	
2607	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	
2608	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	
2609	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	
2610	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	
2611	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	
2612	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	
2613	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	
2614	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	
2615	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2616	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	
2617	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	
2618	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	
2619	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	
2620	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	
2621	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870	
2622	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887	
2623	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856	
2624	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	
2625	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	
2626	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	
2627	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	
2628	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	
2629	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	
2630	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	
2631	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	
2632	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516	
2633	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615	
2634	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	
2635	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417	
2636	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	
2637	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	
2638	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	
2639	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	
2640	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	
2641	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	
2642	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	
2643	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	
2644	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	
2645	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	
2646	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	
2647	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	
2648	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	
2649	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	
2650	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2651	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	
2652	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	
2653	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	
2654	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	
2655	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	
2656	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	
2657	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	
2658	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	
2659	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	
2660	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	
2661	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	
2662	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	
2663	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	
2664	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	
2665	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	
2666	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	
2667	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	
2668	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	
2669	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	
2670	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	
2671	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	
2672	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	
2673	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	
2674	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	
2675	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	
2676	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	
2677	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	
2678	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	
2679	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	
2680	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	
2681	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	
2682	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	
2683	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	
2684	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2685	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	
2686	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	
2687	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	
2688	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	
2689	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	
2690	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	
2691	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	
2692	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	
2693	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	
2694	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	
2695	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	
2696	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	
2697	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	
2698	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	
2699	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	
2700	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	
2701	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	
2702	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	
2703	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	
2704	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	
2705	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	
2706	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	
2707	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	
2708	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	
2709	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	
2710	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	
2711	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	
2712	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	
2713	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	
2714	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	
2715	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	
2716	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	
2717	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	
2718	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	
2719	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2720	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	
2721	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	
2722	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	
2723	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	
2724	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	
2725	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	
2726	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	
2727	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	
2728	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	
2729	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	
2730	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	
2731	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	
2732	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	
2733	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	
2734	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	
2735	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	
2736	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	
2737	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	
2738	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	
2739	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	
2740	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481	
2741	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344	
2742	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252	
2743	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146	
2744	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524	
2745	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548	
2746	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487	
2747	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500	
2748	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555	
2749	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579	
2750	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586	
2751	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609	
2752	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	
2753	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413	
2754	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2755	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611	
2756	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710	
2757	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683	
2758	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737	
2759	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935	
2760	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031	
2761	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	
2762	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	
2763	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	
2764	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	
2765	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991521738	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2766	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991521745	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2767	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991521790	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2768	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991521776	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2769	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991579944	
2770	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991580032	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2771	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991580049	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2772	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991580070	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2773	Rivaroxabanum	Diwleiz, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991580087	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2774	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344	
2775	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05907594033429	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2776	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2777	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05907594033405	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2778	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2779	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05907594033474	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2780	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2781	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907594033450	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2782	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	
2783	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	
2784	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991440398	
2785	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991440435	
2786	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991503550	
2787	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05900411013482	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2788	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991503581	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2789	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991503604	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2790	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991503635	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2791	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991503642	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2792	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991355258	
2793	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05909991355449	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2794	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991355470	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2795	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991355395	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2796	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909991355562	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2797	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991355593	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2798	Rivaroxabanum	Runaplax, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991355517	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2799	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991458430	
2800	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991458447	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2801	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991458461	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2802	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991492090	
2803	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991492311	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2804	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991492328	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2805	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991492342	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2806	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991492465	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2807	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991492472	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2808	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 10 mg	15 szt.	05909991435509	
2809	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991435561	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2810	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991435578	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2811	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991435646	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2812	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991435653	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2813	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	
2814	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	
2815	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	
2816	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	
2817	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05995327192956	
2818	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05995327192994	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2819	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05995327193007	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2820	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05995327193038	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2821	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	
2822	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	
2823	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	
2824	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 4,6 mg/24h	8 szt.	05909991506483	
2825	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 9,5 mg/24h	8 szt.	05909991506551	
2826	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	
2827	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	
2828	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	
2829	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	
2830	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	
2831	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	
2832	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	
2833	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	
2834	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	
2835	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	
2836	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	
2837	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	
2838	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	
2839	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	
2840	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2841	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	
2842	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	
2843	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	
2844	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	
2845	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	
2846	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	
2847	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	
2848	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	
2849	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	
2850	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	
2851	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	
2852	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	
2853	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	
2854	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	
2855	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	
2856	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	
2857	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	
2858	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	
2859	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	
2860	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	
2861	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	
2862	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	
2863	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	
2864	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	
2865	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	
2866	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	
2867	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	
2868	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	
2869	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2870	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	
2871	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	
2872	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	
2873	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	
2874	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	
2875	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	
2876	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	
2877	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	
2878	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	
2879	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	
2880	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	
2881	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	
2882	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	
2883	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	
2884	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	
2885	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	
2886	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	
2887	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	
2888	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	
2889	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	
2890	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	
2891	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	
2892	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	
2893	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	
2894	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	
2895	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	
2896	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	
2897	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	
2898	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	
2899	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	
2900	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	
2901	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	
2902	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2903	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	
2904	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	
2905	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	
2906	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	
2907	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	
2908	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	
2909	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920	
2910	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875	
2911	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	
2912	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	
2913	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	
2914	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	
2915	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605	
2916	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799	
2917	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612	
2918	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	
2919	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984	
2920	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812	
2921	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415	
2922	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	
2923	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	
2924	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775	
2925	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	
2926	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950	
2927	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	
2928	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981	
2929	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	
2930	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	
2931	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	
2932	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	
2933	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	
2934	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	
2935	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	
2936	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2937	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	
2938	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	
2939	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079	
2940	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086	
2941	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093	
2942	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062	
2943	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	
2944	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304	
2945	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	
2946	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	
2947	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458	
2948	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	
2949	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588	
2950	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	
2951	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	
2952	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724	
2953	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	
2954	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892	
2955	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	
2956	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182	
2957	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	
2958	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781	
2959	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	
2960	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927	
2961	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009	
2962	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061	
2963	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	
2964	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	
2965	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	
2966	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	
2967	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	
2968	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	
2969	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	
2970	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	
2971	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2972	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	
2973	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	
2974	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	
2975	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	
2976	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785	
2977	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333	
2978	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079	
2979	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839	
2980	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340	
2981	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109	
2982	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990777853	
2983	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	
2984	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	
2985	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	
2986	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	
2987	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	
2988	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	
2989	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	
2990	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	
2991	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	
2992	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	
2993	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	
2994	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	
2995	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713	
2996	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737	
2997	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775	
2998	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799	
2999	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	
3000	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850	
3001	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	
3002	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	
3003	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	
3004	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	
3005	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	
3006	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3007	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	
3008	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	
3009	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	
3010	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	
3011	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	
3012	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	
3013	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	
3014	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	
3015	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	
3016	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	
3017	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	
3018	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	
3019	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	
3020	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	
3021	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	
3022	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	
3023	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	
3024	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	
3025	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	
3026	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	
3027	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	
3028	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	
3029	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	
3030	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	
3031	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	
3032	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313	
3033	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412	
3034	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214	
3035	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991551636	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3036	Sertralinum	Apiolin, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991551551	
3037	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739	
3038	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654	
3039	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	
3040	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	
3041	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685	
3042	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692	
3043	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990804375	
3044	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	
3045	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990804351	
3046	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	
3047	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	
3048	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622	
3049	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	
3050	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	
3051	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523	
3052	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	
3053	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	
3054	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	
3055	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	
3056	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	
3057	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963	
3058	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925	
3059	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215	
3060	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116	
3061	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472	
3062	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982	
3063	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	
3064	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	
3065	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	
3066	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	
3067	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	
3068	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	
3069	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279	
3070	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3071	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293	
3072	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532	
3073	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990649655	
3074	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110	
3075	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219	
3076	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318	
3077	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650	
3078	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667	
3079	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273	
3080	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297	
3081	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334	
3082	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	
3083	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	
3084	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	
3085	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	
3086	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616	
3087	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715	
3088	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838	
3089	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	
3090	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	
3091	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	
3092	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114	
3093	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213	
3094	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215	
3095	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314	
3096	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990365913	
3097	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990366026	
3098	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990769124	
3099	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	
3100	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	
3101	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564	
3102	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920	
3103	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	08594739274563	
3104	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650	
3105	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3106	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473	
3107	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	03838989721466	
3108	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558	
3109	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803	
3110	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137	
3111	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970	
3112	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991497477	
3113	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263	
3114	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05903792662294	
3115	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883	
3116	Sitagliptinum	Sitagliptin Stada, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131	
3117	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05904016030707	
3118	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351	
3119	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	08594739274570	
3120	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Jamesi Novum, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	08594739274587	
3121	Sitagliptinum + Metformin hydrochloride	Sitagliptin/Metformin hydrochloride SUN, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991729219	
3122	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	
3123	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	
3124	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	
3125	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	
3126	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	
3127	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	
3128	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	
3129	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	
3130	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	
3131	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	
3132	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	
3133	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	
3134	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	
3135	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	
3136	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	
3137	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3138	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	
3139	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	
3140	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	
3141	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	
3142	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	
3143	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	
3144	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	
3145	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	
3146	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	
3147	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325	
3148	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226	
3149	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393	
3150	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317	
3151	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	
3152	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	
3153	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	
3154	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	
3155	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620	
3156	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991314545	
3157	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	
3158	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	
3159	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	
3160	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	
3161	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	
3162	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	
3163	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	
3164	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	
3165	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	
3166	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	
3167	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05906720537404	
3168	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	
3169	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05906720537398	
3170	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3171	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	
3172	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285	
3173	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	
3174	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	
3175	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	
3176	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	
3177	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	
3178	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	
3179	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	
3180	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	
3181	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	
3182	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	
3183	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	
3184	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	
3185	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	
3186	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	
3187	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	
3188	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	
3189	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	
3190	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	
3191	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	
3192	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	
3193	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	08595566454760	
3194	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powl., 25 mg	20 szt.	08595566454715	
3195	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	
3196	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	
3197	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	
3198	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	
3199	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	
3200	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	
3201	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	
3202	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3203	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	
3204	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	
3205	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	
3206	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	
3207	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	
3208	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	
3209	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	
3210	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	
3211	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	
3212	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	
3213	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	
3214	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	
3215	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	
3216	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	
3217	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	
3218	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	
3219	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi dróg oddechowych (RSV) (rekombinowana, z adiuwantem)	Arexvy, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + 1 fiol. zawiesiny	05909991513610	
3220	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	
3221	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	
3222	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	
3223	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	
3224	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	
3225	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	
3226	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	
3227	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	
3228	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	
3229	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3230	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	
3231	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	
3232	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	
3233	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	
3234	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	
3235	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	
3236	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	
3237	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	
3238	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	
3239	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	
3240	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	
3241	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	
3242	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	
3243	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	
3244	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	
3245	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	
3246	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	
3247	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	
3248	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	
3249	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	
3250	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	
3251	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	
3252	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	
3253	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	
3254	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	
3255	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	
3256	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3257	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	
3258	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	
3259	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	
3260	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	
3261	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	
3262	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	
3263	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	
3264	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	
3265	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	
3266	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	
3267	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	
3268	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	
3269	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	
3270	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	
3271	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	
3272	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	
3273	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	
3274	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	
3275	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	
3276	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	
3277	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	
3278	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	
3279	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	
3280	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3281	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	
3282	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	
3283	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	
3284	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	09008732017571	
3285	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	09008732017663	
3286	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	09008732017724	
3287	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	09008732017458	
3288	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	09008732017786	
3289	Tapentadolum	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	09008732017519	
3290	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	
3291	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	
3292	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	
3293	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	
3294	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	
3295	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	
3296	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	
3297	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	
3298	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	
3299	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	
3300	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	
3301	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713	
3302	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720	
3303	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	
3304	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	
3305	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	
3306	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	
3307	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003	
3308	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034	
3309	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	
3310	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	
3311	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3312	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	
3313	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	
3314	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	
3315	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	
3316	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	
3317	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	
3318	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	
3319	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	
3320	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	
3321	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	
3322	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	
3323	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	
3324	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	
3325	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	
3326	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	
3327	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	
3328	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	
3329	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	
3330	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	
3331	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	
3332	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	
3333	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	
3334	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	
3335	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	
3336	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	
3337	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	
3338	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	
3339	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	
3340	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	
3341	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	
3342	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	
3343	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	
3344	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3345	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	
3346	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	
3347	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	
3348	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	
3349	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	
3350	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	
3351	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	
3352	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	
3353	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	
3354	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	
3355	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	
3356	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	
3357	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	
3358	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	
3359	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	
3360	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	
3361	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	
3362	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	
3363	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	
3364	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	
3365	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	
3366	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	
3367	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	
3368	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	
3369	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	
3370	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	
3371	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	
3372	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	
3373	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	
3374	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	
3375	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	
3376	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	
3377	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	
3378	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3379	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	
3380	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	
3381	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	
3382	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	
3383	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	
3384	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	
3385	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	
3386	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	
3387	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	
3388	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	
3389	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	
3390	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	
3391	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	
3392	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	
3393	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	
3394	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	
3395	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	
3396	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	
3397	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	
3398	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	
3399	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	
3400	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	
3401	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	
3402	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	
3403	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	
3404	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	
3405	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	
3406	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	
3407	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	
3408	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	
3409	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	
3410	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	
3411	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	
3412	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	
3413	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3414	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	
3415	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	
3416	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	
3417	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	
3418	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	
3419	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	
3420	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	
3421	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	
3422	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	
3423	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	
3424	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	
3425	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	
3426	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	
3427	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	
3428	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	
3429	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	
3430	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	
3431	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	
3432	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	
3433	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	
3434	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	
3435	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	
3436	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3437	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	
3438	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	
3439	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	
3440	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	
3441	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	
3442	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	
3443	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	
3444	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	
3445	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	
3446	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	
3447	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	
3448	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991456276	
3449	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	
3450	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	
3451	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	
3452	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	
3453	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	
3454	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	
3455	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641	
3456	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	
3457	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	
3458	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	
3459	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	
3460	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	
3461	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3462	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	
3463	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	
3464	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	
3465	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	
3466	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169	
3467	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084	
3468	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145	
3469	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990759019	
3470	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990759118	
3471	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990758814	
3472	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990758913	
3473	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671496	
3474	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502	
3475	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990671472	
3476	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489	
3477	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	
3478	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	
3479	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	
3480	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	
3481	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	
3482	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	
3483	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	
3484	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	
3485	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	
3486	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	
3487	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	
3488	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	
3489	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	
3490	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3491	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	
3492	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	
3493	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	
3494	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	
3495	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	
3496	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	
3497	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	
3498	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	
3499	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	
3500	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	
3501	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	
3502	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	
3503	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	
3504	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	
3505	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	
3506	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	
3507	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	
3508	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	
3509	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	
3510	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	
3511	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	
3512	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	
3513	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	
3514	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	
3515	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	
3516	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	
3517	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3518	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	
3519	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	
3520	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	
3521	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	
3522	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	
3523	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	
3524	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	
3525	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	
3526	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	
3527	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	
3528	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	
3529	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	
3530	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	
3531	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	
3532	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	
3533	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	
3534	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	
3535	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	
3536	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	
3537	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	
3538	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	
3539	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	
3540	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573	
3541	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	
3542	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566	
3543	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	
3544	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	
3545	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	
3546	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3547	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	
3548	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	
3549	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	
3550	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	
3551	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	
3552	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	
3553	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	
3554	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	
3555	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	
3556	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	
3557	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	
3558	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	
3559	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	
3560	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	
3561	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763	
3562	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695	
3563	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990751877	
3564	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990751594	
3565	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	
3566	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	
3567	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	
3568	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	
3569	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	
3570	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990682065	
3571	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990681877	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3572	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990074969	
3573	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	
3574	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	
3575	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	
3576	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990074945	
3577	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	
3578	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	
3579	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	
3580	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	
3581	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	
3582	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	
3583	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	
3584	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	
3585	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	
3586	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	
3587	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	
3588	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	
3589	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	
3590	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	
3591	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	
3592	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	
3593	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	
3594	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	
3595	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	
3596	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	
3597	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	
3598	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	
3599	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	
3600	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	
3601	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	
3602	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3603	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	
3604	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	
3605	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	
3606	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	
3607	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	
3608	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	
3609	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	
3610	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	
3611	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	
3612	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	
3613	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	
3614	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	
3615	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	
3616	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	
3617	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	
3618	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	
3619	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	
3620	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	
3621	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	
3622	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	
3623	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	
3624	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	
3625	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636	
3626	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	
3627	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	
3628	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	
3629	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3630	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	
3631	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	
3632	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	
3633	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	
3634	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	
3635	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	
3636	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	
3637	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	
3638	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	
3639	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	
3640	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	
3641	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	
3642	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	
3643	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	
3644	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	
3645	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	
3646	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	
3647	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	
3648	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	
3649	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	
3650	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	
3651	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3652	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	
3653	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	
3654	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	
3655	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	
3656	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	
3657	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	
3658	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419	
3659	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211	
3660	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310	
3661	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	
3662	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	
3663	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	
3664	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991729721	
3665	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991729684	
3666	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	
3667	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	
3668	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	
3669	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	
3670	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	
3671	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	
3672	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	
3673	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	
3674	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	
3675	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	
3676	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	
3677	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153	
3678	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05702150155788	
3679	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146	
3680	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	
3681	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3682	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	
3683	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	
3684	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358	
3685	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	
3686	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	
3687	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	
3688	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729	
3689	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828	

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598
10	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
11	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
12	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152
13	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
14	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
15	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
16	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
17	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
18	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
19	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
20	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
21	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
22	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
23	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
25	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
26	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
27	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
28	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
29	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
30	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
32	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
33	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
34	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
35	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
36	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
37	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
41	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
54	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
55	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
56	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
57	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
58	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
59	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
60	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
61	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
62	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
63	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
64	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
65	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
66	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
67	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
68	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
69	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
70	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
71	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108
72	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
73	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
74	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
75	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
76	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
77	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
78	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
79	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
80	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
81	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
82	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
83	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
84	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
85	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
86	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096
87	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010
88	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034
89	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058
90	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072
91	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
92	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Atrodil Combo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05903060632462
93	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
94	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
95	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Bromiduo, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	1 butelka 25 ml	05900411010702
96	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
97	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
98	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
99	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
100	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
101	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
102	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
103	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
104	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
105	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
106	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
107	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938001
108	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909990938025
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991442064
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447557
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447595
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909991447632
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
140	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
141	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
142	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
143	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
144	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
145	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
146	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
147	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
148	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
149	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
150	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
151	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
152	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
153	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981
154	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
155	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
156	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
157	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
158	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
159	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
160	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
161	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
162	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
163	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
164	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
165	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
166	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
167	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
168	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
169	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
170	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
171	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
172	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
173	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
174	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
175	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
176	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
177	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
178	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
179	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
180	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
181	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
182	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
183	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
184	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
185	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
186	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
187	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
188	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
189	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
190	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
191	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
192	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
193	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
194	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
195	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
196	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
197	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
198	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
199	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
200	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
201	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
202	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
203	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
204	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
205	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
206	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
207	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
208	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
209	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
210	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
211	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
212	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879
213	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
214	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
215	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
216	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
217	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
218	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
219	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
220	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
221	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
222	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
223	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
224	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
225	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
226	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
227	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
228	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
229	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
230	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
231	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
232	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
233	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
234	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
235	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
236	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
237	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
240	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
242	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
243	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
244	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
245	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
246	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
247	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
248	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
249	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
250	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
251	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
252	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
253	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
254	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
255	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
256	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
257	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
258	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
259	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
260	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
261	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
262	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
263	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
264	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
265	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
266	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
267	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
268	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
269	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
270	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
271	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
272	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
273	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
274	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
275	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
276	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
277	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
278	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
279	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
280	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
281	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 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**
283	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
295	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
296	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
297	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
298	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
299	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
300	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
301	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
302	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
303	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
304	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
305	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
306	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
307	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
308	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
309	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
310	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
311	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
312	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990670758
313	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
314	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
315	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
316	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
317	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
318	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
319	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
320	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
321	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
322	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
323	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
324	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991088255
325	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
326	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
327	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
328	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
329	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
330	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
331	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
332	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
333	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
334	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
335	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
336	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
337	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
338	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
339	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
340	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
341	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
342	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
343	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
344	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
345	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
346	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
347	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
348	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
349	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
350	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
351	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
352	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
353	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
354	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
355	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
356	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
357	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
358	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
359	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
360	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
361	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
362	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
363	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
364	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
365	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
366	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
367	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
368	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
369	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
370	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
371	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
372	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
373	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
374	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
375	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
376	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
377	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
378	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
379	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
380	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
381	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
382	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
383	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
384	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
385	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
386	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
387	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
388	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
389	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
390	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
391	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
392	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
393	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
394	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
395	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
396	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210
397	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Dabrafenibum	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg	210 szt.	07613421107598
2	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033
3	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040
4	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powl. 250 mg	60 szt.	03664898120737
5	Mirvetuximabum soravtansinum	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. 20 ml	08054083029306
6	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
7	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
8	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
9	Odevixibatum	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
10	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
11	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
12	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139
13	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165939
14	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165922
15	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
16	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
17	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036
18	Trametinibum	Spexotras, proszek do sporzadzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml	1 but.	09088885532749

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
7	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
13	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
14	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
15	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
18	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
19	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
20	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
21	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
22	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
23	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
24	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
25	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
26	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
27	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
28	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
29	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
30	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
31	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
32	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
33	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
34	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
35	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
36	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
37	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
38	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
39	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
40	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
41	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
42	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
43	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
44	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
45	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
46	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
47	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
48	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029
49	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 2,5 mg	60 szt.	05909991457136
50	Apixabanum	Poltixa, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991457198
51	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
52	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
53	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
54	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
55	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
56	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
57	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
58	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
59	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
60	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
61	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
62	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
63	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991232634
64	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991232658
65	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
66	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
67	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
68	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
69	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
70	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
72	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
73	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
74	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
75	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
76	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
77	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
78	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
79	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
80	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
81	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
82	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
83	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
84	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
85	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
86	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
87	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
88	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
89	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
90	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
91	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
92	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
93	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
94	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
95	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
96	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
97	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
98	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
99	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
100	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
101	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
102	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
103	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
104	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
105	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
106	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
107	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
108	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
109	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
110	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
111	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
112	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
113	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
114	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
115	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
116	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
117	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
118	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
119	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
120	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
121	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
122	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
123	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
124	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
125	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
126	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
127	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
128	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
129	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
130	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
131	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
132	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
133	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
134	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
135	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
136	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
137	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
138	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
139	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
140	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
141	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
142	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
143	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
144	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
145	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
146	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
147	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
148	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
149	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
150	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
151	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
152	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
153	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
154	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814
155	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
156	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715
157	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
158	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
159	Dapagliflozinum	Diaflix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05903060625624
160	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
161	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
162	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
163	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
164	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
165	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
166	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
167	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
168	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
169	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
170	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413
171	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420
172	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380
173	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314
174	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018
175	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912
176	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
177	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
178	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
179	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
180	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
181	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
182	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
183	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
184	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
185	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
186	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
187	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
188	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
189	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
190	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
191	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
192	Eplerenonum	Espiro, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990971473
193	Eplerenonum	Espiro, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990971558
194	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991014728
195	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991014759
196	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
197	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
198	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
199	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
200	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
201	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
202	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
203	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
204	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
205	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
206	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
207	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
208	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
209	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
210	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
211	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
212	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
213	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
214	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
215	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311
216	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045
217	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
218	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
219	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
220	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
221	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
222	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
223	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
224	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
225	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
226	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
227	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
228	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
229	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
230	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
231	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
232	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
233	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
234	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
235	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
236	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
237	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
238	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
239	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
240	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
241	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
242	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
243	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
244	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
245	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
246	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
247	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
248	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
249	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
250	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
251	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
252	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
253	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
254	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
255	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
256	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
257	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
258	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
259	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
260	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
261	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
262	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574
263	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
264	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
265	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
266	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
267	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
268	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
269	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
270	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Amidil Combo AmiHaler, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 85 mcg + 43 mcg /dawkę	30 szt. + 1 inhal.	05903060632318
271	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
272	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
273	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
274	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
275	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
276	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
277	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
278	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
279	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
280	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
281	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
282	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814
283	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
284	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
285	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
286	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
287	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
288	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
289	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
290	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
291	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
292	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
293	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
294	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
295	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
296	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
297	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
298	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
299	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
300	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
301	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
302	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
303	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
304	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
305	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
306	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
307	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
308	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
309	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
310	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
311	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
312	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
313	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
314	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
315	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
316	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
317	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
318	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
319	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
320	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
321	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
322	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
323	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
324	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
325	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
326	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
327	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
328	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
329	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
330	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
331	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
332	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
333	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
334	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
335	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
336	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
337	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
338	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
339	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
340	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
341	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
342	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
343	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
344	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
345	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
346	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
347	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
348	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
349	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
350	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
351	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
352	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
353	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
354	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
355	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
356	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
357	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
358	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
359	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
360	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
361	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
362	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
363	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
364	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
365	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
366	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
367	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
368	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
369	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
370	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
371	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
372	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
373	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
374	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
375	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
376	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519
377	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526
378	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
379	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
380	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
381	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
382	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
383	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
384	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
385	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
386	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343
387	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
388	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
389	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
390	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
391	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
392	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
393	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
394	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
395	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
396	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
397	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
398	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
399	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
400	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
401	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
402	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
403	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
404	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
405	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
406	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
407	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
408	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
409	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
410	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
411	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
412	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
413	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
414	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
415	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
416	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
417	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
418	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
419	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
420	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
421	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
422	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
423	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
424	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
425	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
426	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
427	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
428	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
429	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
430	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
431	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
432	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
433	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
434	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
435	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
436	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
437	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
438	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
439	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
440	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
441	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
442	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
443	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
444	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
445	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
446	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
447	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
448	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
449	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
450	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
451	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
452	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
453	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
454	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
455	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
456	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
457	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311
458	Perindoprilum arginínum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
459	Perindoprilum arginínum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
460	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
461	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
462	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
463	Perindoprilum arginínum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
464	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
465	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
466	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
467	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
468	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
469	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
470	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
471	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
472	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
473	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
474	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
475	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
476	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
477	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
478	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
479	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
480	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
481	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
482	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
483	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
484	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
485	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
486	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
487	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
488	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
489	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
490	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
491	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
492	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
493	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
494	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
495	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
496	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
497	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
498	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
499	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
500	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
501	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
502	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
503	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
504	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
505	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
506	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
507	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
508	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
509	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
510	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
511	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
512	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
513	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
514	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
515	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
516	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
517	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
518	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277
519	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291
520	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239
521	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253
522	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
523	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
524	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
525	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
526	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344
527	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05907594033429
528	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399
529	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05907594033405
530	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412
531	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05907594033474
532	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05907594033443
533	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907594033450
534	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909991440398
535	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991440404
536	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350
537	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991440435
538	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991440442
539	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05909991503550
540	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05900411013482
541	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991503581
542	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909991503604
543	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512
544	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909991503635
545	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991503642
546	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
547	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
548	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584
549	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909991528485
550	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621
551	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
552	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614
553	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
554	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
555	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
556	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
557	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
558	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
559	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
560	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
561	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
562	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
563	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
564	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
565	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
566	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
567	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
568	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
569	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
570	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
571	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
572	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
573	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
574	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
575	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
576	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
577	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
578	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
579	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
580	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
581	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
582	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
583	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
584	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713
585	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737
586	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775
587	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799
588	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
589	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850
590	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
591	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
592	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
593	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
594	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
595	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
596	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
597	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
598	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
599	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
600	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
601	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
602	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
603	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
604	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
605	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
606	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05901812162564
607	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558
608	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137
609	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970
610	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727
611	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
612	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
613	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
614	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325
615	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226
616	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061
617	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
618	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
619	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
620	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
621	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
622	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
623	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
624	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
625	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
626	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
627	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
628	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
629	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
630	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
631	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
632	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
633	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
634	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
635	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
636	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
637	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
638	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
639	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
640	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
641	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
642	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
643	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
644	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
645	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
646	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
647	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
648	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
649	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
650	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
651	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
652	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
653	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
654	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
655	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
656	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
657	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
658	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
659	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
660	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
661	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
662	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
663	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
664	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
665	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
666	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
667	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
668	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 60 mg	56 szt.	05909991573010
669	Ticagrelorum	Tikozek, kaps. twarde, 90 mg	56 szt.	05909991573034
670	Torasemidum	Astorid, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991525484
671	Torasemidum	Astorid, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991525491
672	Torasemidum	Astorid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991525477
673	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552
674	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569
675	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100
676	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117
677	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504
678	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528
679	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811
680	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804
681	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115
682	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910
683	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350
684	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016
685	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
686	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
687	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
688	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
689	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
690	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
691	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
692	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
693	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
694	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
695	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
696	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
697	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
698	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
699	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
700	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
701	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
702	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
703	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
704	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990861330
705	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083
706	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115
707	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592
708	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680
709	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746
710	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812
711	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
712	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
713	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
714	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
715	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
716	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
717	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
718	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
719	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
720	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2.Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
4	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
5	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
6	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
7	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
8	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
9	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215
10	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
11	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
12	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
13	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
14	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
15	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
16	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
17	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
18	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
19	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
20	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
21	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
22	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
23	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
24	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
25	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
26	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
27	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
28	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
29	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
30	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
31	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
32	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
33	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powl., 60 mg	56 szt.	05909991502584
34	Ticagrelorum	Ticatrom, tabl. powl., 90 mg	56 szt.	05909991502560

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
36	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
37	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351